

# **ESTUDO SOBRE O *INSIGHT* EM PESSOAS COM PSICOSE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À  
Universidade Nova de Lisboa  
Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

Professor Orientador: Prof. Doutor J. G. Sampaio Faria

**Ana Margarida Pereira Cardoso**  
**Lisboa 2007**

**Trabalho realizado com o apoio da  
Fundação para a Ciência de Tecnologia,  
Programas de Bolsas de Investigação em C & T  
no âmbito do Quadro Comunitário de Apoio III  
Programa Operacional Ciência, Tecnologia e Inovação**

*"A fantasia é a mãe da satisfação, do humor, da arte de viver. Apenas floresce alicerçada num íntimo entendimento entre o ser humano e aquilo que objectivamente o rodeia. Esse ambiente envolvente não tem de ser belo, singular ou sequer encantador. Basta que tenhamos tempo para a ele nos habituarmos, e é sobretudo isso que hoje em dia nos falta".*

Hermann Hesse, in 'Ainda da Felicidade'

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho teve o contributo de inúmeras pessoas que, directa ou indirectamente, possibilitaram a sua concretização.

Em breves palavras tentarei expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tornaram possível esta investigação.

Assim, agradeço ao Professor Doutor J.G. Sampaio Faria na sua qualidade de Orientador, o apoio e o incentivo dispensado ao longo destes anos.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia pela oportunidade em poder dedicar-me integralmente à elaboração desta investigação.

À Dr.<sup>a</sup> Ivana Marková do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Hull, Willerby, pela suas recomendações, disponibilidade e conselhos ao longo deste tempo e desde o primeiro momento.

Ao Dr. Amador Xavier, professor de Psicologia Clínica na Universidade da Columbia, Estados Unidos, e actualmente, director de investigação da "*National Alliance for the Mentally*" (NAMI), por toda a troca de ideias transmitidas ao longo da minha investigação.

Ao Dr. Manuel González de Chávez, chefe do Serviço de Psiquiatria I. do Hospital Geral Universitário "Gregorio Marañón", por toda a documentação enviada e pelo interesse demonstrado.

A todos aqueles que, mesmo fora de Portugal e não me conhecendo, se disponibilizaram em ajudar-me com as suas preciosas opiniões, bem como através do envio de inúmeros documentos, essenciais para a revisão bibliográfica acerca do tema.

Ao Dr. Guilherme Ferreira pelas palavras de recomendação, essenciais para a obtenção da bolsa junto da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Ao Conselho de Administração do Hospital Miguel Bombarda, pela possibilidade dada para a concretização desta investigação na instituição.

Aos respectivos técnicos que com a sua disponibilidade possibilitaram a recolha da informação necessária.

Um agradecimento especial aos profissionais que trabalham na Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIAL) deste hospital e que me têm apoiado.

Agradeço, da mesma forma, às pessoas doentes com quem trabalhei e que participaram neste estudo.

Ao meu colega e amigo, Dr. Pedro Mateus (Hospital Miguel Bombarda), pela constante disponibilidade manifestada ao longo de todo o trabalho.

À Mestre Rita Marques da Silva (Faculdade de Ciências Médicas) o apoio e incentivo prestado ao longo da análise estatística dos dados. À sua colaboradora, Dr.<sup>a</sup> Ana Luz, agradeço também a preciosa ajuda nas revisões efectuadas à análise dos dados.

Um agradecimento muito especial ao Mestre Manuel Gonçalves Pereira (Faculdade de Ciências Médicas) pela inestimável colaboração e amizade que se reflectiu neste período e ao Professor Doutor Miguel Xavier (Faculdade de Ciências Médicas), por todo o apoio e disponibilidade também demonstrada.

À Filipa Tempera, uma palavra muito especial pela amizade e pela força dada ao longo desta fase.

À minha família, um agradecimento especial pela sua compreensão nas inúmeras horas dispensadas à realização deste estudo.

Ao Ricardo Portela, por tudo.

E a todos aqueles que, apesar de não se encontrarem aqui directamente referenciados, não os esqueço.

## ÍNDICE GERAL

ESTUDO SOBRE O <i>INSIGHT</i> EM PESSOAS COM PSICOSE	página
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	1
1.1. O <i>INSIGHT</i> DAS PESSOAS COM PSICOSE	1
1.2. FORMAS DE TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA	4
1.2.1. As famílias no tratamento	6
1.2.1.1. As concepções e atitudes dos familiares em relação à doença	7
1.2.1.2. Influências dos familiares na atitude dos pacientes em relação à doença em si mesmos	8
1.2.1.3. Comparando as concepções de doença entre pacientes e familiares	8
<b>2. CONCEPTUALIZAÇÃO</b>	10
2.1. DEFINIÇÃO DE “ <i>INSIGHT</i> ”	10
2.2. <i>INSIGHT</i> COMO CONSTRUCTO	15
2.3. PERSPECTIVA HISTÓRICA NA ABORDAGEM E COMPREENSÃO DO <i>INSIGHT</i>	17
2.4. MODELOS TEÓRICOS SOBRE A FALTA DE <i>INSIGHT</i> NA ESQUIZOFRENIA	18
2.4.1. Modelo Neuropsicológico	18
2.4.1.1. Alterações anatómicas cerebrais	21
2.4.1.2. Analogia com a anosognosia	22
2.4.2. Modelo Psicológico	24
2.4.3. Modelo Cognitivo	25
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>1. REVISÃO DA LITERATURA</b>	27
1.1. REVISÃO DA LITERATURA NACIONAL – Estudos em Portugal	27
1.2. REVISÃO DA LITERATURA INTERNACIONAL	29
1.2.1. Prevalência do <i>insight</i> na esquizofrenia	29
1.2.2. Relação entre <i>insight</i> e psicopatologia	31
1.2.3. <i>Insight</i> , adesão ao tratamento e prognóstico	36
1.2.4. Estudos empíricos e variáveis relacionadas	37
1.3. O <i>INSIGHT</i> E O TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA	41
1.4. REVISÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO <i>INSIGHT</i> NAS PSICOSES	43
1.4.1. Validação de instrumentos de pesquisa em saúde mental	43
1.4.2. Instrumentos de avaliação do <i>insight</i> nas psicoses	44
1.4.3. Comparação entre os instrumentos para avaliar o <i>insight</i>	52
1.4.4. A escolha do instrumento	54
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>1. OBJECTIVOS E HIPÓTESES</b>	57
1.1. Fundamentação	57
1.2. Definição do objecto de estudo	59
1.3. Objectivos do estudo	60
1.4. Tipo de estudo	60

1.5. Identificação das variáveis em estudo	60
1.6. Hipóteses	61
 <b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>1. MÉTODOS</b>	
1.1. Local do estudo e população-alvo	62
1.2. Critérios de inclusão	63
1.3. Critérios de exclusão	63
1.4. Condução do estudo	63
1.5. Estudo piloto	63
1.6. Limitações do estudo	63
1.7. Procedimentos éticos	64
1.8. Caracterização dos instrumentos de avaliação utilizados	64
1.8.1. Entrevista semi-estruturada	64
1.8.2. Escala de avaliação dos sintomas psiquiátricos	64
1.8.3. <i>Insight scale</i>	66
a. Caracterização da escala	68
b. O Conceito de <i>insight</i> segundo a <i>insight scale</i>	69
1.8.4. Apresentação da "Escala de avaliação do <i>insight</i> e identificação das necessidades em pessoas com psicose"	71
a. Caracterização do instrumento original: "Escala de avaliação do <i>insight</i> e identificação das necessidades em pessoas com psicose"	77
b. O <i>insight</i> nas psicoses segundo a perspectiva psicopedagógica	79
1.8.5. Escala de avaliação global do funcionamento	81
 <b>CAPÍTULO V</b>	
<b>1. RESULTADOS</b>	
1.1. Estudo descritivo	84
1.2. Características sociodemográficas	84
1.3. Características clínicas	89
1.4. Consumo de substâncias	95
1.5. Adesão ao tratamento farmacológico	97
1.6. Tipo de tratamento para além do médico	100
1.7. Análise estatística do BPRS	100
1.7.1. Descrição do instrumento	100
1.7.2. Sintomas positivos	101
1.7.3. Sintomas maníacos	101
1.7.4. Sintomas negativos	102
1.7.5. Sintomas depressivos	103
1.7.6. Resistências dos pacientes ao tratamento	104
1.7.7. Sintomas de ansiedade	105
1.7.8. Estudo da normalidade do BPRS	106
1.7.9. Análise comparativa do BPRS com a escala de avaliação global do funcionamento (AGF)	107
1.7.10. Análise comparativa do BPRS com a <i>insight scale</i>	108
1.8. Escala de avaliação global do funcionamento (AGF)	112
1.8.1. AGF vs Sexo	113
1.8.2. Análise comparativa da <i>insight scale</i> com a escala de avaliação global do funcionamento (AGF)	114

1.9. Análise estatística da <i>insight scale</i>	115
1.9.1. Descrição do instrumento	115
1.10. Contribuição para a validação da <i>insight scale</i>	126
1.10.1. Introdução	126
1.10.2. Adequação da medida	128
1.10.3. Estudo da enidimensionalidade da medida	131
1.11. Análise estatística da " <i>Escala de avaliação do insight e identificação das necessidades em pessoas com psicose</i> "	137
 <b>CAPÍTULO VI</b>	
1. CONCLUSÃO	141
2. RECOMENDAÇÕES	145
2.1. Programa de intervenção psicopedagógica breve	145
3. COMENTÁRIOS FINAIS	149
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	150



## ÍNDICE – Figuras e Tabelas

<b>ESTUDO SOBRE O <i>INSIGHT</i> EM PESSOAS COM PSICOSE</b>	página
Figura 1. Prevalência da falta de <i>insight</i> em estudos anteriores	31
Figura 2. Características básicas das medidas de avaliação do <i>insight</i>	55
Figura 3. Método de avaliação das dimensões do <i>insight</i>	56
Figura 4. "Escala de avaliação do <i>insight</i> e de identificação das necessidades em pessoas com psicose"	72
Tabela 1. Sexo (distribuição por frequências)	84
Tabela 2. Sexo (médias por sexo)	84
Tabela 3. Classe etária (distribuição por frequências)	85
Tabela 4. Sexo vs classe etária (distribuição de frequências)	85
Tabela 5. Estado civil (distribuição de frequências)	85
Tabela 6. Estado civil vs sexo (distribuição de frequências)	86
Tabela 7. N.º de pessoas doentes com filhos (distribuição de frequências)	86
Tabela 8. N.º de pessoas doentes com filhos vs sexo (distribuição de frequências)	86
Tabela 9. Pessoas com quem Vive (distribuição de frequências)	87
Tabela 10. Pessoas com quem vive vs sexo (distribuição de frequências)	87
Tabela 11. Nível de escolaridade frequentado (distribuição de frequências)	87
Tabela 12. Nível de escolaridade frequentado vs sexo (distribuição de frequências)	88
Tabela 13. Situação laboral (distribuição de frequências)	88
Tabela 14. Situação actual (distribuição de frequências)	88
Tabela 15. Situação laboral vs sexo (distribuição de frequências)	89
Tabela 16. Matriz sociocultural (parâmetros)	89
Tabela 17. Distribuição por diagnóstico vs sexo (distribuição de frequências)	90
Tabela 18. Distribuição por tipo de diagnóstico (esquizofrenia) e Sexo (distribuição de frequências)	90
Tabela 19. Regime de tratamento (parâmetros)	91
Tabela 20. N.º de internamentos de curta duração – compulsivos?	91
Tabela 21. Internamentos compulsivos vs sexo	91
Tabela 22. N.º de internamentos anteriores	92
Tabela 23. N.º de internamentos anteriores vs sexo	92
Tabela 24. Antecedentes psiquiátricos (parâmetros)	92
Tabela 25. Antecedentes psiquiátricos (parâmetros)	93
Tabela 26. Idade de início da doença (distribuição por frequências)	93
Tabela 27. Idade de início da doença (distribuição por frequências)	93
Tabela 28. Anos de tratamento psiquiátrico (distribuição por frequências)	94
Tabela 29. Anos de tratamento psiquiátrico vs sexo (distribuição por frequências)	94
Tabela 30. Tentativas de suicídio	94
Tabela 31. Tentativas de suicídio vs sexo (distribuição por frequências)	95
Tabela 32. N.º de crises (distribuição por frequências)	95
Tabela 33. N.º de crises vs sexo (distribuição por frequências)	95
Tabela 34. Consumo de substâncias aditivas	96
Tabela 35. Substâncias consumidas	96
Tabela 36. Já alguma vez consumiu?	96
Tabela 37. Que substâncias consumiu?	96

Tabela 38. Há quanto tempo deixou?	97
Tabela 39. Consumo de substâncias vs diagnóstico (distribuição por frequências)	97
Tabela 40. Para que serve a medicação que faz?	97
Tabela 41. Para que serve a medicação que faz? vs diagnóstico – distribuição por frequências	98
Tabela 42. Já alguma vez deixou de tomar? (distribuição por frequências)	98
Tabela 43. Já alguma vez deixou de tomar? vs sexo	99
Tabela 44. Já alguma vez deixou de tomar? vs diagnóstico (distribuição por frequências)	99
Tabela 45. Se sim, porquê?	99
Tabela 46. Outro acompanhamento para além do médico	100
Tabela 47. Sintomas positivos	101
Tabela 48. Sintomas maníacos	102
Tabela 49. Sintomas negativos	103
Tabela 50. Sintomas depressivos	104
Tabela 51. Resistências do paciente ao tratamento	104
Tabela 52. Sintomas de ansiedade	105
Tabela 53. Resumo da presença do sintoma avaliado pelo BPRS (ordenação decrescente)	106
Tabela 54. Verificação da normalidade dos valores do BPRS	106
Tabela 55. Análise comparativa BPRS e AGF	107
Tabela 56. Escala de avaliação por níveis de associação	107
Tabela 57. Comparação entre sintomas positivos e nível de <i>insight</i>	109
Tabela 58. Comparação entre sintomas negativos e nível de <i>insight</i>	109
Tabela 59. Comparação entre sintomas maníacos e nível de <i>insight</i>	110
Tabela 60. Comparação entre sintomas depressivos e nível de <i>insight</i>	111
Tabela 61. Comparação entre sintomas de ansiedade e nível de <i>insight</i>	111
Tabela 62. Comparação entre BPRS total e nível de <i>insight</i>	112
Tabela 63. Escala de avaliação global do funcionamento	113
Tabela 64. AGF vs sexo	113
Tabela 65. Teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov (médias)	113
Tabela 66. Comparação entre AGF e nível de <i>insight</i>	115
Tabela 67. <i>Insight</i> vs sexo	116
Tabela 68. N.º de níveis	116
Tabela 69. Dimensão da amostra por segmentos – diagnóstico	117
Tabela 70. <i>Insight</i> total vs diagnóstico	117
Tabela 71. Diagnóstico	117
Tabela 72. Dimensão da amostra	118
Tabela 73. Classe social	118
Tabela 74. Dimensão da amostra por segmentos - habilitações literárias	119
Tabela 75. Habilitações literárias	119
Tabela 76. Comparação entre situação profissional actual e nível de <i>insight</i>	120
Tabela 77. <i>Insight</i> vs Trabalha actualmente?	120
Tabela 78. Dimensão da amostra por segmentos - Estado Civil	120
Tabela 79. Filhos vs <i>insight</i> total	121
Tabela 80. Dimensão da amostra por segmentos – Idade de Início da Doença	121
Tabela 81. Dimensão da amostra por segmentos – n.º aproximado de crises	122
Tabela 82. Outro tipo de acompanhamento para além do médico vs <i>Insight</i> Total	123
Tabela 83. Comparação entre regime actual e nível de <i>insight</i> total	125
Tabela 84. Nível de <i>insight</i> vs regime actual	125
Tabela 85. Dimensão da amostra por segmentos – n.º de internamentos anteriores	126

Tabela 86. <i>Insight scale</i> , Marková et al., 2003	127
Tabela 87. Resultados obtidos no estudo original de Marková et al., 2003	127
Tabela 88. Resultados obtidos nesta investigação	127
Tabela 89. Escala de avaliação da medida de fiabilidade	130
Tabela 90. Coeficiente alfa para estimação da fiabilidade interna dos 30 itens	130
Tabela 91. Valor médio da nova variável " <i>insight</i> "	131
Tabela 92. Análise factorial (Marková et al., 2003)	133
Tabela 93. Análise factorial	134
Tabela 94. Coeficiente alfa para estimação da fiabilidade interna dos oito itens referentes à variável " <i>insight</i> "	137
Tabela 95. Coeficiente alfa para estimação da fiabilidade interna dos sete itens, referentes à variável " <i>necessidades</i> "	138
Tabela 96. Média e desvio-padrão de cada uma oito componentes referentes à variável " <i>insight</i> "	138
Tabela 97. Média e desvio-padrão de cada uma sete componentes referentes à variável " <i>necessidades</i> "	138
Tabela 98. Valor médio da nova variável " <i>insight</i> "	139
Tabela 99. Valor médio da nova variável " <i>necessidades</i> "	139

## RESUMO

A importância do *insight* em pessoas com doença mental começou por ser estudado em psiquiatria, nas primeiras décadas do século XX, por figuras tão relevantes como, Lewis (1934) e Jaspers (1959).

Este campo de investigação permaneceu, contudo, pouco explorado durante muitos anos. Apenas na última década este fenómeno passou a ser alvo de inúmeras investigações científicas tendo merecido por parte dos investigadores uma atenção especial. Neste sentido, também um número significativo de instrumentos para avaliar o *insight* nas perturbações psicóticas foram desenvolvidos.

Desde então que muitos trabalhos têm sido publicados, o que tem possibilitado um conhecimento mais aprofundado acerca do tema.

Assim, nos últimos anos, o conceito de *insight* tem sido elaborado numa tentativa de clarificar a sua complexidade.

Um fenómeno antes dicotómico, descrito em termos de presença ou ausência, passou a ser considerado multidimensional o que tornou possível a identificação de diferentes níveis de *insight* e diferentes dimensões (Amador and Gorman, 1998).

Conceitos actuais vêm operacionalizar o *insight* de acordo com cinco dimensões: a consciência da pessoa doente em relação à doença mental, a consciência da pessoa doente em relação às consequências sociais da doença, a consciência da necessidade para o tratamento, consciência dos sintomas e explicação desses sintomas em relação à doença.

A falta de *insight* em psiquiatria, em termos gerais, e tal como tem sido descrito este fenómeno, a falta de consciência de ter uma doença mental, representa um dos sintomas mais comuns na esquizofrenia e afecta grande parte da população que sofre desta doença (McGorry and McConville, 2000).

Estima-se que entre 50 a 80% dos pacientes com esquizofrenia não acreditam que estão doentes, o que, necessariamente, tem um grande impacto no processo de adesão ao tratamento (Amador and Strauss, 1993).

Ainda não é possível, contudo, identificar todos os factores que determinam a falta de *insight* em pessoas com esquizofrenia. Existem influências psicológicas, sociais e culturais que, certamente, têm o seu papel na falta de *insight* registada nesta patologia (Lysaker; Bryson; Lancaster; Evans and Bell, 2003).

Uma vez que o impacto da esquizofrenia é sentido em muitos aspectos da vida do indivíduo, o seu tratamento efectivo deve ser direccionado a vários níveis, inclusive em melhorar o *insight*.

Um dos objectivos deste estudo será o de explorar a relação entre o nível de *insight* nas psicoses e as variáveis clínicas e sociodemográficas, a psicopatologia e o funcionamento global.

Para além das variáveis clínicas e sociodemográficas existem concertiza importantes componentes individuais que desempenham um contributo importante no nível de *insight* apresentado por cada pessoa doente, por exemplo, o nível de inteligência, personalidade, cultura, experiências passadas, memória, etc.

A natureza clínica, emocional e/ou intelectual do termo ajuda-nos a compreender a complexidade da dificuldade que existe na sua tradução e, inclusive, na sua compreensão. Daí que as definições atribuídas ao conceito sejam muito distintas e variem consoante a formação teórica do autor/investigador.

Pretende-se, a partir dessa identificação/compreensão, promover a qualidade de vida destas pessoas através do desenvolvimento de novas aprendizagens que possibilitem uma cooperação activa. É igualmente fundamental ir ao encontro das capacidade intactas de maneira a possibilitar a aquisição de novos(s) comportamento(s) que tenham um impacte positivo nas queixas, sinais, sintomas, incapacidade e disfuncionalidade apresentados pelo/a utente.

Uma vez que a própria conceptualização do termo traduzirá aquilo que se pretende avaliar, será efectuada uma reflexão detalhada acerca dos instrumentos e definições que têm sido mais utilizadas para explorar o *insight* nas psicoses.

Procurei, no meu trabalho de investigação, realçar e promover a importância que cada sujeito, alvo de intervenção, desempenha ao longo do seu processo de recuperação e na prevenção de recaídas.

No seguimento dos objectivos acima descritos, para além da revisão teórica efectuada ao fenómeno em termos de conceptualização e estudos desenvolvidos na área de investigação, foi, neste estudo, realizada a contribuição para a validação do instrumento "*Assessment of Insight in Psychosis: a re-standardization of a New Scale*" de Marková & Berrios (2003).

O fenómeno de *insight* escolhido pela *Insight Scale*, relata menos as mudanças vividas em relação à doença mental, e mais a actual consciência e articulação de tais mudanças.

Tendo como base uma abordagem psicopedagógica, o fenómeno do *insight* aqui explorado assentou numa perspectiva reabilitativa, actual e multidimensional, que fosse para além das dimensões clínicas tradicionais. Neste sentido é apresentada uma escala original, intitulada "*Escala de Avaliação do Insight e Identificação das Necessidades em Pessoas com Psicose*", bem como um modelo de intervenção psicopedagógico breve, assente nos pressupostos descritos ao longo do trabalho.

## ABSTRACT

The importance of *insight* in people with mental illnesses was first studied in psychiatry, in the first decades of the 20<sup>th</sup> century, by people as important as Lewis (1934) and Jaspers (1959).

However, this field of investigation was left unexplored for many years. Only in the last decade has this phenomenon become the object of numerous scientific investigations, having been given special attention by its investigators. For this reason a significant number of instruments for evaluating *insight* in psychotic disorders were developed.

Since then many papers have been published, which has allowed for a more in depth knowledge on the subject.

Therefore, in recent years, the concept of *insight* has been developed in an attempt to clarify its complexity.

A once dichotomic phenomenon, described in terms of presence or absence, became considered multidimensional, which made the identification of different levels of *insight* and different dimensions possible.

Current concepts categorize *insight* into five dimensions: the awareness of the patient in relation to his/her mental illness, the awareness of the patient in relation to the social consequences of his/her illness, the awareness of the need for treatment, the awareness of the symptoms and the explanation of those symptoms in relation to the illness.

The lack of *insight* in psychiatry, in general terms, and as this phenomenon has been described, the lack of awareness of having a mental illness, represents one of the most common symptoms of schizophrenia and affects a big part of the population that suffer from this illness.

It is estimated that between 50 and 80 per cent of patients with schizophrenia do not believe that they are ill, which, consequently has a big impact in the process of adherence to treatment.

It is still not possible, however, to identify all the factors that determine the lack of *insight* in schizophrenics. There are psychological, social and cultural influences that almost certainly play their role in the lack of *insight* registered in this pathology.

Since the impact of schizophrenia is felt in many aspects of the individual's life, its effective treatment should be directed at various levels, including the improvement of *insight*.

One of the objectives of this study is to explore the relationship between the level of *insight* in psychosis and the clinical and sociodemographic variables, the psychopathology and its global functioning.

As well as the clinical and sociodemographic variables, there are of course important individual components that contribute to the level of *insight* seen in each patient, for example, their level of intelligence, personality, culture, past experiences, memory, etc.

The clinical, emotional and/or intellectual nature of the term helps us understand the difficulty that lies in its interpretation as well as in its comprehension. Therefore, the definitions attributed to the term are very different and vary according to the theoretical training of the investigator.

It is intended, from this identification/understanding, to promote the quality of life of these people through the development of new findings that might enable an active cooperation. It is equally fundamental to observe their unimpaired capacities in order to enable the acquisition of new behaviour(s) that have a positive impact on the complaints, signs, symptoms, incapacity and disfunctioning seen in the patient.

As the actual comprehension of the term explains what we intend to evaluate, a detailed reflection is made on the instruments and definitions that have been used the most to explore *insight* in psychosis.

In this investigation I tried to underline and promote the importance that each subject, undergoing medical intervention, plays during his/her process of recovery and prevention of relapses.

Considering the above mentioned objectives, as well as a theoretical review of the phenomenon in terms of conceptualization and investigative studies developed, this study contributed to the validation of the instrument.

The *insight* phenomenon chosen by the "*Insight Scale*", records less changes experienced in relation to the mental illness and more actual awareness and articulation of these changes.

Based on a psychopedagogical approach, the *insight* phenomenon explored here settled on a rehabilitation, current and multidimensional perspective that would go beyond the traditional clinical dimensions. For this reason an original scale entitled "*Insight Evaluation Scale and Need Identification in Psychosis Patients*" is presented, as well as a psychopedagogical intervention model soon to be used with admitted patients based on the presuppositions described in this study.

# ESTUDO SOBRE O *INSIGHT* EM PESSOAS COM PSICOSE

## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUÇÃO

#### 1.1. O *INSIGHT* NAS PSICOSES

*A avaliação insight na esquizofrenia baseia-se nas declarações dos pacientes e no seu comportamento. Parte significativa dos pacientes com esquizofrenia não reconhece apresentar alguma doença mental ou mesmo algum sintoma. Outros reconhecem os sintomas da doença mas explicam-nos de uma forma que não inclui a existência de uma doença mental. Ainda outros reconhecem a existência dos sintomas e sinais da doença mas mostram-se indiferentes afectivamente a este reconhecimento (Amador et al., 1993).*

Ao longo da história várias tentativas têm sido feitas no sentido de compreender e explicar as doenças mentais.

As doenças mentais nunca foram, nem são ainda hoje, consideradas como outras doenças quaisquer. Os sentimentos que a loucura desperta são bem diferentes dos que desperta uma doença somática por grave que seja.

Nos últimos anos têm-se registado vários esforços orientados para a compreensão e tratamento da doença mental, uma vez que quando não adequadamente tratada resulta geralmente em perdas nas várias esferas da vida: social, afectiva, familiar, financeira, profissional.

São várias as tendências sobre a doença mental, nomeadamente sobre as psicoses, que, devido à sua complexidade, estimulam bastante os trabalhos realizados a seu respeito.

É comum observar-se na prática clínica que muitas vezes a pessoa não reconhece que tem uma doença mental. Ao contrário daquilo que acontece com as doenças físicas, o portador de uma doença mental, sobretudo quando falamos de psicoses, como é o caso da esquizofrenia, pode não procurar ajuda uma vez que associado às características da doença está a falta de *insight* manifestada. Conceito que em psiquiatria é traduzido em termos de ausência de consciência de que se está doente e que é necessário um tratamento.

A esquizofrenia, representante mais característica das psicoses, é uma doença mental que afecta a capacidade da pessoa distinguir se as experiências vividas são ou não reais e que se caracteriza pela perda do contacto com a realidade e por ser conhecida como a doença mental mais grave e incapacitante que se conhece, continua a ser alvo de inúmeras investigações.

A pessoa com esquizofrenia em vez de apresentar uma incapacidade para interpretar uma determinada experiência, valoriza a experiência supérflua sob a forma de alucinação, ou, então,



interpreta-a de uma forma idiossincrática e indesejável, sob a aparência de delírios. Em vez de uma incapacidade para raciocinar, produz um pensamento obscuro que deixa no seu interlocutor a sensação de estranheza e a percepção de incoerência.

O seu aparecimento frequente na juventude, o facto de atravessar, sem grandes oscilações na sua incidência, praticamente toda a sociedade, independentemente das raças, credos, culturas e níveis socioeconómicos, os enormes custos sociais que acarreta bem como o espesso manto de interrogações etiopatogénicas que continua a envolver a intimidade da doença, justificam todas as investigações a seu respeito.

Mesmo assim, a esquizofrenia, continua a representar uma das doenças mentais mais mal compreendidas e, por isso mesmo, mais curiosidade e interesse tem despertado aos seus investigadores.

Têm ocorrido neste sentido uma necessidade constante em adequar-se as intervenções, de acordo, não só com aquilo que caracteriza a patologia, mas tendo sobretudo em consideração as necessidades expressas pelos próprios utentes.

O seu tratamento clínico representa, pois, um desafio, não só devido à gravidade e complexidade da patologia, mas também pela necessidade de empregar recursos terapêuticos que integrem condições biológicas e psicossociais.

Importa na continuidade desses esforços definir e esclarecer alguns aspectos relacionados com as características da patologia de modo a identificarem-se eventuais aprendizagens que importam ser promovidas junto das pessoas doentes.

Esta é uma das razões pela qual a investigação científica, nas últimas décadas, tem dedicado especial atenção a este fenómeno.

Apesar da complexidade referida pelos autores clássicos, há uma tendência para uma avaliação simplificada do *insight* no exame psíquico tradicional, o qual fornece poucas informações sobre a quantidade e qualidade do fenómeno ao examinador. Diversas perguntas ficam, assim, sem resposta: a falta de *insight* da doença é parcial ou total?; Quais os aspectos da formulação feita pelo terapeuta, sobre a doença do paciente, que são aceites por ele?; Esta aceitação é constante ou variável?; A maior crítica leva, inevitavelmente, a uma maior adesão ao tratamento ou não há esta relação?; As afirmações do paciente sobre a doença são coerentes com as suas acções em relação ao tratamento? (Amador; Kronengold, 1998a).

Nos últimos anos, o conceito de *insight* da doença tem sido elaborado a fim de incorporar as várias dimensões da questão. Um fenómeno antes dicotómico, descrito em termos de presença ou ausência, passou a ser considerado multidimensional. Desta forma, tornou-se possível a identificação de diferentes graus de *insight* da doença e diferentes dimensões (Amador; Kronengold, 1998b).

A verdade é que um *insight* reduzido encontra-se associado à baixa adesão à medicação e a uma evolução mais desfavorável da doença. No entanto, ainda não é possível identificar todos os factores que determinam a falta de *insight* nestes pacientes. A ideia de que a falta de *insight* na

esquizofrenia é “uma manifestação da doença em si, em vez de uma estratégia de confrontação, podendo ser comparada à falta de consciência dos déficits neurológicos que é vista nos acidentes vasculares cerebrais, denominada anosognosia” (“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*”, DSM-IV-TR) (APA, “*American Psychological Association*”, 2002) pode ser questionada. Existem influências psicológicas, sociais e culturais que certamente têm o seu papel no *insight* nas psicoses (Johnson; Orrel, 1995 and Lysaker et al., 2003).

A compreensão das causas desta falta de *insight* poderá levar a uma melhor abordagem e tratamento das pessoas com esquizofrenia. Daí que todas as intervenções que possibilitem capacitar a pessoa doente a aderir às terapêuticas prescritas, e que pretendam promover a sua autonomia e qualidade de vida, procurando a aquisição de (novos) comportamentos que tenham um impacto positivo nas queixas, sinais, sintomas, incapacidade e disfuncionalidade apresentados pelo utente, sejam fundamentais.

À medida que as investigações vão decorrendo, começa-se a pintar um retrato cada vez mais claro sobre a natureza deste sintoma, o que, consequentemente, vai permitir uma compreensão mais detalhada do fenómeno e ao desenvolvimento de abordagens específicas que permitam ajudar as pessoas a compreender, a integrar e posteriormente a lidar com aquilo que se passa com elas.

Uma coisa é certa, um não reconhecimento persistente e grave da doença pode afectar não apenas a relação da pessoa afectada com aqueles que ama e com os profissionais de saúde mental, como também as suas oportunidades de recuperar e levar uma vida mais satisfatória e produtiva. É por esta razão que as investigações que pretendem estudar, avaliar e, consequentemente, melhorar directamente o *insight* ou perceber as consequências negativas de um fraco *insight* (não adesão, isolamento social, indiferença a pessoas que lhes são queridas e sistema de saúde) deverão ser desenvolvidas.

Este será, certamente, um dos mais importantes caminhos a seguir para a investigação nos próximos anos na área da saúde mental.

## 1.2. FORMAS DE TRATAMENTO NA ESQUIZOFRENIA

*Por a esquizofrenia representar uma doença com características tão heterogêneas, as abordagens multidisciplinares são fundamentais ao longo do processo de tratamento.*

*A doença deve ser considerada nos seus diversos aspectos e o tratamento deverá actuar a vários níveis para conseguir manter ou reconduzir, completa ou parcialmente, o indivíduo a uma qualidade de vida aceitável.*

Actualmente, todos os especialistas são consensuais em considerar que a estratégia a ser utilizada na abordagem a esta doença deve partir de uma intervenção organizada segundo um programa que não é apenas de tipo farmacológico, mas de organização e assistência tanto à pessoa doente como à família.

O tratamento da esquizofrenia assenta assim em três componentes principais. Primeiro, há medicamentos para aliviar os sintomas e evitar a recidiva. Segundo, a educação e as intervenções psicossociais ajudam as pessoas doentes e os seus familiares a fazer face à doença e às suas complicações, bem como a evitar recorrências. Terceiro, a reabilitação ajuda as pessoas doentes a reintegrarem-se na comunidade e a recuperar o funcionamento social, educacional e ocupacional.

O tratamento farmacológico é fundamental, na medida em que permite obter melhores resultados, sobretudo quando combinado com a intervenção psicossocial que tende a minimizar o impacto de acontecimentos derivados do contexto em que a pessoa doente vive. Além disso, estudos realizados até à data demonstraram que a combinação das diversas estratégias de tratamento permitem diminuir a ocorrência de recaídas.

Vários aspectos e características devem ser considerados para elaboração de um plano de tratamento para estas pessoas e, sempre que possível, deve-se envolver a família. A maioria dos pacientes necessita de cuidados ao longo da vida e estes visam, de modo geral, a diminuir a frequência, a gravidade e as consequências dos episódios psicóticos. Grande parte dos indivíduos, depois que adoecem, acabam por deixar de fazer as actividades que anteriormente vinham realizando, muitas vezes isolando-se das relações sociais e familiares. Muitos não têm qualquer actividade produtiva, necessitando de cuidados e amparo familiar definitivamente.

Recentemente, dentro do processo terapêutico da doença, tem havido um interesse cada vez maior no trabalho psicoeducativo. Este tipo de abordagem tem revelado bons resultados na evolução da doença com redução das taxas de recaída (Goldstein, 1994; Leff, 1994; Macfarlane, 1995; Romano, 1999).

A psicoeducação, no contexto do tratamento da esquizofrenia, é uma técnica que visa melhorar a compreensão da doença pelas pessoas doentes e suas famílias e, desta forma, melhorar o seu comportamento e atitude face à doença. Dentro deste contexto, o indivíduo adquire um papel activo no tratamento da sua doença. Procura-se assim, fornecer informação às pessoas doentes sobre vários aspectos da própria doença, de uma forma sistematizada, englobando áreas como, os sintomas da doença, as suas possíveis etiologias, o tratamento e o curso da mesma. Pretende-se com esta abordagem melhorar a adesão à terapêutica promovendo,

consequentemente, o *insight* da pessoa em relação àquilo que se passa com ela e à forma como tudo isso se manifesta em relação àquilo que a rodeia.

Actualmente, a psicoeducação tem representado uma importante abordagem psicossocial utilizada no tratamento da esquizofrenia, pois “informação clara e objectiva sobre a esquizofrenia é o primeiro passo para que se possa compreender e ajudar a pessoa doente e os seus familiares” (Louzã, 2000).

Segundo a “*American Psychiatric Association*” (APA, 2000), “os componentes específicos do tratamento com pessoas com esquizofrenia incluem: estabelecimento e manutenção de uma aliança terapêutica; monitorização do estado psiquiátrico do paciente; transmissão de educação com relação à doença e ao seu tratamento; determinação da necessidade de tratamento farmacológico e de terapias específicas; desenvolvimento de um plano geral de tratamento; adesão ao plano proposto; aumento do entendimento e adaptação aos efeitos psicossociais da doença; identificação e início precoce do tratamento de novos episódios; abordagem dos factores que precipitam e/ou perpetuam os episódios; abordagem familiar tanto para aliviar o sofrimento como “melhorar o funcionamento familiar; facilitação do acesso a serviços e a recursos de saúde mental e outros sistemas relacionados.”

O verdadeiro desafio na prestação de cuidados às pessoas que sofrem de esquizofrenia, está na necessidade de organizar serviços que garantam uma acção contínua, desde a identificação precoce até ao tratamento regular e à reabilitação.

As metas dos cuidados consistem em identificar a doença o mais cedo possível, tratar os sintomas, conferir aptidões às pessoas doentes e aos seus familiares, manter a melhoria durante um certo período de tempo, evitar recaídas e reintegrar as pessoas com doença mental na comunidade para que elas possam levar uma vida normal dentro do possível.

Ao longo da experiência profissional que tenho desenvolvido, numa enfermaria de doentes agudos de um hospital psiquiátrico, tenho verificado que a esquizofrenia representa a principal causa de internamento. É por isso fundamental aperfeiçoar, adequar e desenvolver metodologias de intervenção específicas mesmo durante a hospitalização.

É de todo aconselhável que esta admissão em regime de internamento seja feita, sempre que tal seja possível, com o consentimento e aceitação voluntária da pessoa doente.

As estruturas de internamento, especialmente as de internamento psiquiátrico, são aquelas em que as condições de um bom “ambiente terapêutico” devem ser equacionadas com maior cuidado. Assim sendo, deve a “atmosfera” dessas estruturas ser o mais acolhedora possível de maneira a que a pessoa doente se sinta apoiada. Do mesmo modo, é fundamental oferecer os cuidados de saúde necessários que visem ir ao encontro das principais necessidades do utente, e que dessa forma possam contribuir eficazmente para uma recuperação favorável que facilite o retorno ao ambiente familiar e social do sujeito, o mais depressa possível.

Hoje em dia, graças às terapias modernas, poucas pessoas com esquizofrenia necessitam de uma hospitalização prolongada. Verificou-se igualmente, no estudo atrás mencionado, que a duração média do internamento varia entre duas a quatro semanas.

Tem sido estimado que cerca de 80% das recaídas são preveníveis (Amenson, 1998) e nesse seguimento fará sentido que a reabilitação se focalize na prevenção da recaída, reduzindo o risco de hospitalizações.

É pois fundamental promover o *empowerment* das pessoas doentes mesmo durante a hospitalização, de modo a facilitar a participação activa na definição e implementação de medidas que favoreçam a sua autonomização.

O *empowerment* corresponde a conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização e é visto como um processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde (*Health Promotion Glossary*, Geneve: WHO, 1998).

A orientação sobre os tipos de tratamento disponíveis e a importância da aceitação do tratamento, beneficia as pessoas doentes reduzindo o nível de estigma e aumentando a percepção que a pessoa tem acerca daquilo que se passa com elas.

O compromisso por parte da pessoa doente com o tratamento, e com a equipa de saúde que a acompanha, representa um factor fundamental para o seu melhor prognóstico. Seguindo correctamente o tratamento proposto novas crises são evitadas e/ou minimizadas, impedindo-se, assim, o agravamento do quadro clínico.

Hoje em dia o termo adesão implica uma participação activa da pessoa doente no plano de tratamento e não um seguimento passivo, acrítico das instruções terapêuticas recebidas.

Assim, a capacitação do utente para reconhecer as características da sua doença e compreender as premissas dos tratamentos disponíveis, permite com que seja realizado um trabalho em conjunto entre o próprio e a equipa terapêutica. Sem essa associação e objectivo em comum, nenhum tratamento é realmente eficaz.

### **1.2.1. AS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO**

A noção de considerar também a família como unidade de tratamento é, com efeito, relativamente recente em saúde mental.

Em vários trabalhos realizados, verificou-se que a implementação de programas de intervenção familiar ajuda a reduzir o número de recaídas, melhorando ainda a adesão à terapêutica (Mari & Streiner, 1994).

De acordo com estudos já efectuados, são vários os problemas que se deparam às famílias de pessoas com uma doença mental crónica (Graham, 1983; Tessler; Killian and Gubman, 1987). Um desses problemas consiste, precisamente, nas dificuldades sentidas pelas famílias em lidar com

a sintomatologia e comportamentos dos seus familiares doentes (ex: alucinações, ideias persecutórias, perturbações do afecto, alterações do humor, alterações nos hábitos de comer e de dormir, comportamentos violentos, apatia, descuido com a higiene pessoal, etc.) (Biegel; Sales and Schulz, 1991; St. Onge and Lavoie, 1987 in Carpenter; Lesage; Goulet; Lalonde and Renault, 1992).

O aparecimento de uma doença mental no seio de uma família vem concerteza abalar o funcionamento e toda a dinâmica familiar, tendo em conta todo o estigma ainda existente em relação à doença mental.

A primeira referência sobre o sofrimento familiar aparece em 1946 com Treudley, que introduziu o conceito de "burden" na literatura psiquiátrica inglesa. É apenas no século XX que surge profissionalmente o objectivo de ajudar a família em encontrar soluções novas para os seus problemas internos e desta maneira diminuir as manifestações de sofrimento psicológico e responder às suas principais necessidades.

#### **1.2.1.1. AS CONCEPÇÕES E ATITUDES DOS FAMILIARES EM RELAÇÃO À DOENÇA**

Angermeyer e Matschinger (1996a) estudaram as crenças de familiares em relação às causas da esquizofrenia e demonstraram que os familiares consideram principalmente os factores biológicos como causas da doença, ao contrário da população geral, que considera os factores psicossociais como mais importantes. Os autores atribuem este achado ao maior contacto dos familiares com profissionais da área e também por necessidade de lidar com o sentimento de culpa em relação à doença. Angermeyer e Matschinger (1996b) concluíram que a experiência pessoal com pacientes portadores de doença mental leva a uma atitude mais positiva e a menos reacções de medo. Os grupos estudados eram formados por pessoas que nunca tiveram contacto com a doença mental, pessoas com contacto entre amigos e conhecidos, pessoas profissionais da área e os familiares. Entre todos, os familiares tinham uma maior tendência a reagir de forma socialmente positiva, apresentando menos sintomas de ansiedade na relação, além de expressarem um menor desejo de distanciamento social.

No entanto, o estudo de Holzinger; Kilian; Lindenbach; Petscheleit; Angermeyer, (2003) observou resultados diferentes. Aqui os familiares consideravam as causas psicossociais como mais frequentes.

As crenças dos familiares sobre a doença mental, em relação às suas causas e consequências, depende do contexto sociocultural, como apontaram Magliano; Guarneri; Fiorillo; Marasco; Malamgone; Maj, (2001). Neste estudo, realizado em Itália, notaram que os familiares do norte, que é mais industrializado e onde as oportunidades de trabalho estão mais disponíveis e a média educacional é maior, são mais propensos a reconhecer a capacidade de trabalho dos pacientes após recuperação que os familiares do sul.

No Brasil, Villares (1996) estudou as concepções de doença mental em familiares de pacientes com esquizofrenia. Encontrou, através da análise dos dados colhidos em entrevistas etnográficas, três categorias de representação da doença mental: problema nervoso, problemas de cabeça e problema espiritual. Notou que os termos “louco” e “loucura” não foram utilizados pelos familiares para designar o paciente e a doença.

#### **1.2.1.2. INFLUÊNCIAS DOS FAMILIARES NA ATITUDE DOS PACIENTES EM RELAÇÃO À DOENÇA EM SI MESMOS**

Sweeney; Von Bulow; Shear; Friedman; Plowe, (1984) demonstraram que pacientes que são seguidos em ambulatório e que vêm acompanhados de familiares aderem melhor ao tratamento. Familiares com baixos níveis educacionais apresentam mais atitudes negativas em relação à medicação psicotrópica. No entanto não houve relação da atitude negativa com maiores taxas de recaída dos pacientes (Mantonakis; Markidis; Kontaxaki; Liakos, (1985).

O papel dos familiares pode ser verificado também num estudo descritivo acerca das influências no desenvolvimento do *insight* em relação à doença. Os pacientes apontaram como importantes, no processo de reconhecimento da doença, a medicação, a capacidade de conversar consigo mesmo de forma racional e a influência dos familiares. Sobre o último factor, os pacientes relatam a importância dos familiares serem capazes de fornecer informações aprendidas com profissionais da área, além de um feedback a respeito do seu comportamento e pensamentos verbalizados, permitindo aos pacientes a consciência dos seus sintomas e da doença (Baier; Murray, 1999).

White; Bebbington; Pearson; Johnson; Ellis, (2000) encontraram uma relação significativa entre o *insight* e o número de relações sociais e o tamanho do grupo primário. Este facto foi interpretado pelos autores, dentro do contexto de teorias actuais sobre a formação dos delírios, onde o contexto social tem um papel preponderante, sendo que o isolamento social levaria a um ambiente facilitador para o desenvolvimento e manutenção das ideias delirantes (Garety, 1985). Desta forma, o aumento do *insight*, responderia a um processo de normalização, onde os pacientes com mais contactos sociais sofreriam maior influência do contexto (Breier; Strauss, 1984).

#### **1.2.1.3. COMPARANDO AS CONCEPÇÕES DE DOENÇA ENTRE PACIENTES E FAMILIARES**

Num estudo de 1974, Kennard realizou uma análise semântica de diversos conceitos mantidos por pacientes sobre si mesmos e aqueles mantidos por familiares sobre os seus parentes

acometidos. Procurou investigar as relações entre as concepções do paciente e do familiar em relação a três situações: 1. avaliação do estado do paciente ao ser internado num hospital psiquiátrico; 2. o que seria uma pessoa com doença mental e 3. o que seria o modelo ideal de pessoa (como o paciente gostaria de ser e como o familiar gostaria que ele fosse).

As concepções de doença mental e do que é o modelo ideal foram concordantes para os dois grupos, ou seja, não houve divergência entre familiares e pacientes quando se puseram a descrever as suas concepções imaginárias a respeito do modelo ideal de pessoa e do doente mental. A diferença ocorreu, entre os grupos, quando se referiu à avaliação do estado do paciente quando admitido no hospital. Os pacientes julgaram-se menos doentes e mais próximos do ideal, enquanto os familiares julgaram-nos mais próximos ao conceito de doente mental nos campos gravidade da doença e comportamento inadequado. O conceito de doente mental do paciente não se aplicou a ele mesmo, mas o do familiar aplicou-se ao seu parente acometido. Contudo, os familiares também julgaram os pacientes mais próximos do ideal quando eram consideradas qualidades como bondade, honestidade, capacidade de pensar nos outros, de trabalhar e generosidade. Os autores explicaram este achado dizendo que estas seriam “qualidades redentoras”, ou seja, “eles podem ser loucos, mas são bondosos etc.”.

Smith; Barzman e Pristach, (1997) adaptaram a SUMD, desenvolvida para avaliar o *insight* em pacientes, para ser usada com familiares. Os autores realizaram um estudo com pacientes psicóticos e com os seus familiares, investigando o *insight* nos dois grupos. Surpreendentemente, observaram que os familiares apresentaram uma consciência crítica semelhante à dos pacientes em relação aos três componentes gerais da escala, apesar de serem melhores em relação à atribuição dos sintomas à doença. Ressaltam a necessidade de programas de psicoeducação incluindo os familiares, que demonstram dificuldades para identificar, como sendo sintomas de uma doença, o afecto inapropriado, julgamento social pobre, falta de controlo da agressividade e dificuldades para estabelecer relações sociais.

Um outro estudo comparou a crítica dos sintomas psicóticos entre pacientes internados e ambulatoriais com esquizofrenia, familiares e a população geral ao avaliarem descrições de caso. Os pacientes e familiares apresentaram melhor capacidade de *insight* dos sintomas que o grupo formado pela população em geral, que não considerou a descrição de um caso com sintomas positivos tradicionais como sendo um portador de doença mental. Esta opinião foi determinada, no grupo de indivíduos da população geral, pelo nível educacional e pelo contacto prévio com pacientes com perturbação mental. Não houve diferença significativa no *insight* de pacientes, internados e ambulatoriais, e familiares (Chung, 1997).



## 2. CONCEPtualização

### 2.1. DEFINIÇÃO DE "INSIGHT"

*O uso do conceito de insight encontra-se bastante desenvolvido na linguagem da psiquiatria clínica e de uma maneira ainda mais específica nas psicoses. Contudo, trata-se de uma área à qual não se tem dirigido muita investigação.*

Em 1994, Ghaemi e Pope efectuaram uma revisão às investigações publicadas sobre o *insight* nos últimos 35 anos e encontraram apenas 42 trabalhos com critérios de investigação empírica, sendo a primeira investigação que reúne estes critérios do ano de 1958.

Para além disso, a bibliografia existente reflecte uma baixa consistência entre os critérios e pouca relação nos resultados obtidos.

Entre as razões que podem explicar esta situação é importante mencionar a falta de um marco teórico explicativo sobre o *insight*, a ausência de uma definição operativa consistente e a escassez de métodos de avaliação standartizados apropriados para estudar este fenómeno.

Qualquer perspectiva da literatura apresentada sobre o *insight*, requer a capacidade de mergulhar num oceano profundo, muitas vezes pouco transparente, em relação aos termos que foram adoptados para descrever o não reconhecimento observado na doença, tão comum nas perturbações psicóticas.

De acordo com essas perspectivas, são apresentadas várias construções que variam consoante as orientações teóricas dos seus autores.

O termo *insight* tem uma história relativamente recente em comparação com outros conceitos psicopatológicos.

Foi introduzido na psiquiatria ocidental em finais do século XIX (Dagonet, 1881) em trabalhos que estudaram os efeitos da doença sobre o auto-conhecimento, se bem que as primeiras linhas de pensamento foram apresentadas por Lewis (1934) e Jaspers (1959).

Lewis (1934) descreveu o *insight* referindo-se tanto ao conhecimento da mudança em si mesmo como à valorização que o indivíduo faz a tal mudança.

Segundo Lewis, o indivíduo vê-se a si próprio a partir da sua perturbação mental e portanto ao falar-se de *insight* é necessário ter em conta não somente as mudanças produzidas nos comportamentos do paciente, mas também toda a psicopatologia que envolve a perturbação.

Jaspers definiu o *insight* como a capacidade que o paciente tem para julgar o que está a ocorrer e as razões que atribui ao que lhe está a acontecer.

Jaspers efectuou a distinção entre conhecimento da doença (experiência vivenciada pela pessoa em se sentir doente ou "diferente") e o *insight* propriamente dito. Para além disso é efectuada uma previsão entre o diagnóstico e a intensidade da doença.

Segundo Jaspers estes juízos dependem da inteligência, personalidade e nível de educação da pessoa. Este ponto de vista contrapõe-se ao proposto por Lewis, mais que vincular o *insight* à personalidade do paciente, como nos diz Jaspers, há um vínculo ao processo de doença em si mesmo.

Ora aqui está uma questão que actualmente ainda não foi empiricamente resolvida (Ghaemi & Pope, 1994).

Outra referência histórica atribuída ao conceito de *insight* provém da corrente psicanalítica, a qual deu um grande ênfase a este fenómeno.

*Insight* não é contudo um termo freudiano; provém, na realidade, do inglês, não só como palavra, mas também como conceito, já que são os analistas dessa língua da Europa e América os que o cunharam.

A palavra '*einsicht*', equivalente ao inglês '*insight*', aparece raras vezes na obra de Freud e, obviamente, não com o significado teórico que se lhe dá actualmente.

Este termo tem-se vindo a impor até transformar-se, de uma palavra da linguagem corrente, numa expressão técnica. Ninguém dúvida actualmente, quando a emprega, que está a utilizar um termo teórico. Se a rastreamos nos escritos psicanalíticos, vamos vê-la aparecer desde os anos vinte, mas não com o sentido atribuído actualmente.

Esta palavra inglesa, *insight*, está composta no prefixo '*in*' que quer dizer interno, para dentro e '*sight*' que é vista, visão.

Literalmente, *insight* quer dizer visão interna, visão para dentro das coisas, a apreciação súbita da solução de um problema (Hornby; Gatenby and Wakefield, 1963).

*Insight* significa conhecimento novo e permanente. É o processo através do qual alcançamos uma visão nova e distinta de nós mesmos. Quando se emprega a palavra *insight* em psicanálise, deve-se honrar o prefixo '*in*', porque o *insight* é um conhecimento de nós próprios e não um conhecimento qualquer.

Na perspectiva dinâmica, o *insight* é visto como um tipo de conhecimento, novo, claro e distinto, que ilumina de imediato a consciência e refere-se sempre à própria pessoa que o experimenta. É um termo teórico da psicanálise que pertence à psicologia processual, não à personalística, pois refere-se ao processo mental de tornar consciente o inconsciente, que foi sempre para Freud a chave operativa do seu método.

Klein utiliza o termo considerando a necessidade da sua repetição, para que o paciente o adquira de forma duradoura.

Para Lacan, o *insight* é a experiência psicológica de uma operação intelectual que define o "instante de ver", seguido, na sua concepção, pelo tempo de compreender e pelo momento de concluir, os três tempos que constituem o tempo lógico (Lacan, 1973 (1964)). O instante de ver ocorre quando há uma sutura, uma junção do imaginário e do simbólico.

A classificação mais típica é a que divide o *insight* em intelectual e emocional. Zilboorg (1950), por exemplo, sublinha que o verdadeiro *insight* é o emocional, o que pode ser obviamente questionado.

Na segunda metade do nosso século, o estudo do *insight* sob a perspectiva psicodinâmica adquiriu um grande relevo. Esse processo, culmina no Congresso de Edimburgo e continua desde então. Há, naqueles anos, toda uma série de estudos importantes. A partir de Zilboorg temos o trabalho de Reid e Finesinger (1952), depois o de Richfield (1954) e, com o intervalo de outros dois anos, o de Kris (1956).

Desde Freud que se considera que uma das primeiras tarefas da terapia psicanalítica é promover o *insight* e consequentemente levar à mudança ou à cura.

Percorrendo os estudos publicados sobre o *insight* de Ghaemi e Pope (1994) encontram-se quatro tipos de definições que orientam as investigações.

Na primeira, o *insight* é um reconhecimento de que se tem uma doença mental e que se sofre de alguns sintomas invulgares.

A segunda tem a ver com a capacidade que o indivíduo tem em aceitar a necessidade de um tratamento ou medicação, hospitalização ou outro tipo de intervenção.

A terceira definição parte das próprias explicações do paciente sobre a sua doença mental. Realizou-se um estudo com 593 pacientes psicóticos que deram entrada pela primeira vez, tendo-se observado que 73% dos pacientes atribuem a doença à sua imaginação, 60% identificam-na como uma doença física e apenas 11% responderam que estão "mentalmente" doentes ou "loucos" (Linn, 1965).

Por último, a quarta definição relaciona a negação (perda de *insight*) com um mecanismo psicológico de defesa e o *insight* como o conhecimento exacto do significado da situação psicológica.

Qualquer que seja a definição atribuída ao termo *insight*, é fundamental identificar a conceptualização subjacente; isto é, se o foco é categorial, deve ser compreendido como um sintoma mais da doença e que pode estar presente ou ausente, ou então, como um enfoque contínuo, que considera o *insight* como um fenómeno multidimensional e classificável (Marková & Berrios, 1995).

Seguem-se as principais definições ou maneiras de entender o *insight*.

1. Eskey (1958) definiu o *insight* como "*verbalized awareness on the part of the patient that impairment of intellectual functioning existed*" (Eskey, 1958; p.426).

Eskey não utiliza nenhuma medida de *insight*, simplesmente divide os sujeitos que mostram um *insight* total, *insight* parcial e os que não têm *insight*. Não foram especificados os critérios para estas distinções;

2. Van Putten (1976) definiu o *insight* como presente, sempre que o paciente expressa alguma consciência da doença emocional e classifica-o como presente ou ausente. Não se

encontraram trabalhos do autor capazes de nos explicar as razões para centrar-se em aspectos intelectuais ou emocionais;

3. Para Lin; Spiga e Fortsch (1979), o conceito de *insight* estabelece-se em função da resposta afirmativa do paciente ao tratamento. Trabalha-se um conceito de *insight* como “tudo ou nada”. As respostas dos pacientes não foram exploradas e apenas tinha-se em conta se a resposta afirmativa implicava um reconhecimento do paciente acerca dos seus problemas. A forma de avaliação que utilizavam era estruturada e fiável se bem que não assegurava garantias de validade;
4. Heinrichs; Cohen; Carpenter, (1985) definiram o *insight* como a capacidade do paciente, durante a fase precoce da descompensação, para reconhecer que está a sofrer uma recaída. Este aspecto determinava-se mediante a valorização das notas do caso e validava-se mediante a discussão de responsáveis clínicos. O exame apenas determinava se havia um *insight* total ou a ausência deste. Este método de avaliação apresenta problemas de precisão e subjectividade;
5. Bartkó; Herczeg e Zador, (1988) consideram que a falta de *insight* estava associada à falha do paciente em reconhecer o seu estado emocional e para perceber a necessidade de tratamento. Destaca-se nesta definição dois critérios que são igualmente considerados noutras definições, o reconhecimento da necessidade de tratamento e a comparação das percepções entre o clínico e o paciente. Estes autores categorizam os pacientes em função de quatro graus de intensidade do *insight*, se bem que os critérios da sua classificação não são especificados;
6. Cuesta e Peralta (1994) no trabalho que desenvolveram sobre a falta de *insight* na esquizofrenia, não ofereceram uma definição propriamente dita acerca deste conceito. Recolhem as hipóteses mais frequentes dos mecanismos etiopatogénicos. Em primeiro lugar a falta de *insight* foi entendida como a negação da doença, neste caso a hipótese que sobressai é a presença de um mecanismo de defesa.

Outra hipótese provém do enfoque neuropsicológico. Uma lesão cerebral localizada explicaria a falta de *insight* ou de confrontação com a realidade. A terceira hipótese, que definem como clínica e em que se situam os autores, baseia-se na independência da falta de *insight* dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia.

A falta de *insight* provém directamente do processo de adoecer e deveria ser considerada como um sintoma primário e básico.

A maneira como avaliam o *insight* pode dar a entender um conceito de *insight* contínuo, contudo os autores traduzem a medida em categorias concretas, *insight* presente, parcialmente presente ou ausente sem especificar mais os critérios para esta divisão.

O enfoque categorial caracteriza-se por estabelecer o *insight* de forma dicotómica, como um factor presente ou ausente.

A forma de avaliação está pouco desenvolvida, é menos válida e fiável e apresenta resultados poucos úteis para a investigação, assim como para a prática clínica.

O *Cambridge International Dictionary of English* define o termo *insight* como "a capacidade para ter um claro, profundo e, algumas vezes, súbito entendimento de um complicado problema ou situação" (p.735).

Em psiquiatria, segundo Marková et al. (1992), o termo *insight* refere-se a um particular estado de mente (em geral referente ao eu/ego), evidenciado pelo conteúdo da fala e do comportamento.

Provavelmente, o principal problema que acompanha os estudos empíricos sobre o *insight* é a falta de definições consistentes e o método pelo qual os estudos foram avaliados. Este é um problema que dificulta conclusões válidas e comparações significativas entre os estudos.

Uma gama de termos tem sido utilizada para definir o *insight*, tais como: atitude, noção, crença, entendimento, consciência, reconhecimento, conhecimento, etc.; em inglês, "*poor insight*", "*sealing over*", "*defensive denial*", "*attitude of illness*", "*indifference reaction*", "*evasion*" and "*external attribution*"....

Estes conceitos envolvem diferentes significados e implicam-se em diferentes processos (Amador et al, 1991). Entre eles são designadas várias construções que variam consoante as orientações teóricas dos seus autores.

Investigadores que se apoiam na psicologia cognitiva examinaram as "atribuições externas" sobre a doença, enquanto que os autores psicodinâmicos distinguiram formas emocionais versus intelectuais de *insight* (Richfield, 1954).

O modelo que propõe uma defesa psicológica, ou teoria da "motivação", acredita que a falta de *insight* é uma manifestação desenvolvida pelo indivíduo com o intuito de esconder de si mesmo a verdade ("*self-deception*"), preservando a sua auto-estima.

Gur & Sackeim (in Amador et al. 1991) ofereceram um critério operacional para descrever o "*self-deception*": (1) "o indivíduo sustenta duas crenças contraditórias"; (2) "estas duas crenças contraditórias são mantidas simultaneamente"; (3) "o indivíduo não está a par de que sustenta duas crenças"; (4) "o acto que determina qual crença será ou não exposta é tido como acto motivacional".

Alguns autores sugerem que tais paradigmas experimentais não têm sido utilizados nos estudos sobre a falta de noção da doença na esquizofrenia e que os estudos não testaram directamente a questão da falta de *insight* ser uma estratégia defensiva.

A teoria do defeito, ao contrário, acredita que a falta de *insight* é o resultado directo dos déficits neuropsicológicos. Esta teoria recebe o suporte de estudos em pacientes com lesões cerebrais que têm a noção da própria doença alterada. Pesquisas efectuadas com a doença de Alzheimer evidenciam que a falta de *insight* neste pacientes estaria associada a um baixo fluxo sanguíneo na região do lobo frontal direito, levando a um grave prejuízo cognitivo e também déficits específicos na função executiva/frontal (Mohamed; Fleming; Penn and Spaulding, 1999).

Um facto mantém-se, mesmo quando revistos os vários termos e conceptualizações que foram referidos ao longo dos tempos, o *insight* é um fenómeno complexo e multidimensional.

Amador et al. (1991) e David (1990) realçaram a distinção entre consciência e atribuição, uma vez que alguns pacientes podem reconhecer sinais da doença mas atribuírem a presença dos mesmos a outras razões que não estão relacionadas com a disfunção mental. Para além disso, alguns pacientes reconhecem alguns sintomas enquanto continuam a não reconhecer outros. Contudo, a literatura sobre o *insight* na doença psiquiátrica é escassa e algo confusa.

Marková e Berrios (1993) propuseram uma complexidade maior quando conceptualizaram a consciência da doença como uma subcategoria de auto-conhecimento, em vez de um ponto característico independente das perturbações psicóticas

Em geral, os métodos de avaliação nesta área podem ser divididos entre aqueles que envolvem abordagens categoriais e contínuas. As definições geralmente são vagas e restritas, sendo os pacientes classificados de acordo com a presença ou ausência de *insight*.

Alguns investigadores têm-se preocupado em definir o *insight* como um constructo multidimensional, que engloba vários fenómenos (Amador et al., 1991 and Schwartz, 1997, 1998). Neste sentido acreditam que a falta de *insight* pode surgir como o melhor sinal ou sintoma da esquizofrenia e que o estudo mais detalhado poderia oferecer oportunidades de melhorar a precisão do diagnóstico, ampliar o entendimento da neuropsicologia e aprimorar o tratamento dos pacientes com esquizofrenia (Amador et al., 1993).

Considerações filosóficas à parte, consideram que o fenómeno do *insight* é relevante para os profissionais de saúde mental, e é aquele em que a percepção do indivíduo acerca dele(a) próprio(a) está totalmente em disputa com a percepção da sua comunidade ou cultura.

De uma forma geral, um *insight* pobre na psicose tem sido descrito como uma aparente falta de consciência dos déficits, consequências da perturbação e necessidade de tratamento.

## **2.2. *INSIGHT* COMO CONSTRUCTO**

*Um passo importante e que importa ser dado será a distinção entre o conceito teórico e a sua manifestação clínica. A estrutura básica construída deverá permitir avaliar e classificar a presença de insight assim como estabelecer os critérios para estabelecer os diferentes níveis, determinados teoricamente. Outra questão que deve considerar-se é a necessidade de clarificar os aspectos relacionados com o insight.*

Não está claro se este deve ser examinado em relação aos sintomas individuais ou em relação à doença como um todo. Este é outro ponto de divergência em relação à bibliografia revista. É questionável se um instrumento para avaliar o *insight* em relação aos sintomas da esquizofrenia pode ser igualmente válido em pacientes com perturbações afectivas.

Para a formulação de avaliações do *insight* é necessário distinguir entre o conceito teórico de *insight* e o fenómeno clínico de *insight* (Marková & Berrios, 1995).

Em relação à exposição teórica deve começar-se com uma definição básica que deve facilitar a unidade de análise, que pode ser o conhecimento (*awareness*). Esta aponta para a necessidade de explicitar, no modelo de *insight*, os mecanismos psicológicos envolvidos no conhecimento.

Tem sido proposto um modelo hierárquico que se encontra baseado no modelo de formação do sintoma, assim, o *insight* é considerado como um processo onnipresente que acompanha a formação da maioria dos sintomas (Marková & Berrios, 1995).

Parte-se da ideia de que os sintomas são constructos que são conceptualizados pelo paciente ao identificar uma mudança. A formação do sintoma e a construção do *insight* apresentam um caminho comum. O sinal de que algo está a acontecer contribui para o paciente ter um nível de conhecimento. Este seria um primeiro nível de *insight*. O segundo nível dá-se com o conhecimento consciente uma vez que o sintoma foi formado, isto é, o paciente está consciente da existência do sintoma como tal. O terceiro nível implica um maior nível de elaboração e supõe um juízo dos efeitos do sintoma sobre o paciente, em si próprio, no seu funcionamento e nas relações que estabelece com factores externos. Aqui os factores individuais (inteligência, experiências prévias, cultura, etc.) desempenham um papel fundamental. A este modelo há que adicionar dois aspectos. Em primeiro lugar, nem todos os sintomas têm o mesmo peso no grau de *insight* (e.g. delírios perante a apatia na esquizofrenia); segundo, como a construção do *insight* é inerente à formação de alguns sintomas, também entre o *insight* e a doença, pode-se encontrar uma dupla implicação.

Para finalizar, cabe sublinhar que o conceito de *insight* é um conceito complexo que implica as construções do paciente, as do médico e o processo interactivo em si mesmo:

1. O *insight* como um constructo do paciente vê-se afectado por factores individuais em função do grau de *insight*. Por outro lado, embora a avaliação do *insight* baseei-se na linguagem e comportamento do paciente, não é necessário que estas expressões se correlacionem com o grau de *insight* actual. É importante considerar esta questão devido às implicações que pode ter para a sua avaliação;
2. No *insight* como constructo clínico há que ter em conta que este não é somente considerado para avaliação no que se apresenta através do comportamento e linguagem do paciente. A própria interpretação do paciente sobre o que está a acontecer, os factores individuais do clínico, as suas atitudes, conhecimentos, experiências prévias, formação teórica, etc. representam um papel importante na avaliação do *insight*;
3. Por último, o processo interactivo é avaliado na situação clínica. A interacção paciente-clínico contribuirá finalmente a delimitar o constructo.

Na revisão efectuada a trabalhos empíricos realizados ao conceito de *insight*, consideram-se duas questões. Em primeiro lugar se o *insight* representa o mesmo fenómeno nas diferentes

doenças. Segunda questão, se o mesmo tipo de avaliação do *insight* pode ser realizada em diferentes doenças.

A resposta que oferece este modelo hierárquico é que se bem que o conceito de *insight* é consistente em doenças distintas, o fenómeno do mesmo clinicamente manifestado será diferente para cada doença. Isto deve-se ao facto do *insight* ser um conceito relacional, que não pode ser isolado como fenómeno isolado (por exemplo, alucinações) sem ser relacionado a alguma coisa. Se as diferentes doenças apresentam diferentes sintomas, e se se considera a interdependência dos sintomas/*insight*, isto originará diferentes manifestações relacionadas com cada doença. Por outro lado, a doença psiquiátrica consiste em diferentes perturbações com efeitos variados sobre o funcionamento mental (processo de pensamento, juízos e expressão). Os diferentes efeitos para as distintas perturbações produzem, assim, um fenómeno clínico diferente de *insight*.

São, portanto, necessárias avaliações de *insight* adaptadas especificamente à perturbação individual.

### **2.3. PERSPECTIVA HISTÓRICA NA ABORDAGEM E COMPREENSÃO DO *INSIGHT***

*Sempre que falamos de pessoas que têm esquizofrenia, ou outras perturbações psicóticas, sobre a sua própria doença e necessidade de tratamento, os técnicos de saúde e os familiares ficam muitas vezes frustrados com a extrema falta de insight que estes pacientes apresentam em relação à doença. Pessoas diagnosticadas com perturbações psicóticas ficam também elas frustradas com os amigos, familiares e técnicos de saúde quando estes insistem que os mesmos são portadores de uma perturbação mental séria, ao contrário da convicção do próprio que tem absoluta certeza que não tem.*

*Estes pacientes sentem-se obrigados em aceitarem a medicação e serviços, a fim de tratar uma situação que não acreditam ter, fazem aquilo que qualquer um de nós faria: se possível recusam a ajuda, ou então, aceitam-na apenas pelo tempo que for necessário para ganharem a sua liberdade (do hospital ou das pressões sociais).*

Devido à prevalência deste fenómeno, e à disrupção que provoca nas relações com técnicos de saúde e cuidadores (*caregivers*), a falta de *insight* ou o *insight* pobre tem vindo a tornar-se cada vez mais um assunto alvo de uma especial atenção científica, legal e clínica.

Para compreender o *insight* nas perturbações psicóticas, é importante ter uma ideia da perspectiva histórica da evolução deste conceito.

Durante muitos anos a literatura publicada oferecia apenas alguns tópicos (*guidelines*) relativos à fenomenologia ou medição dos processos psicológicos que se pensava constituírem o *insight* (Amador et al., 1991). Para além disso, a quase exclusiva confiança da literatura analítica na interpretação subjectiva de estudo de casos, resultou num consenso prematuro que um *insight* pobre era o resultado de uma defesa psicológica inconsciente ou uma estratégia consciente para lidar com a situação.

Nos últimos 15 anos, o fenómeno do *insight* tornou-se cada vez mais popular entre os investigadores que estudam as perturbações psicóticas. Desde a 1ª edição do livro "*Insight and*



*Psychosis*”, de Amador e David, Oxford, 1997, foram publicados mais de 200 estudos, focados no *insight* e esquizofrenia, na literatura científica.

Existe, actualmente, uma literatura substancial dedicada à investigação empírica nas perturbações psicóticas. Na altura da 1ª edição do livro atrás mencionado, a literatura empírica existente relativa ao *insight* tinha começado a surgir e algumas das questões críticas referentes à fenomenologia, medição e etiologia do *insight* começavam a ganhar forma.

A literatura dessa altura era dominada por estudos e discussões acerca do *insight* a que muitas vezes faltava uma standartização relativa ao desenho da investigação e à avaliação.

Hoje em dia a literatura tem vindo a crescer e a amadurecer, e com isso, a compreensão sobre o *insight* nas psicoses tornou-se mais profunda, o que veio possibilitar um conhecimento mais detalhado acerca deste fenómeno.

À medida que se verifica um crescente interesse pelo *insight*, começamos a considerar a razão pela qual esta área de estudo emergiu e cresceu tão rapidamente. Indubitavelmente, um dos factores tem a ver com o facto de, no início dos anos 90, os investigadores terem começado a desenvolver métodos mais seguros, fiáveis e válidos para avaliar o *insight*, o que levou a uma explosão de novos estudos que iluminaram o papel que a falta de *insight* pode ter no prognóstico, curso e tratamento destas perturbações.

Os resultados que têm sido divulgados revelam que os défices de *insight* provêm muitas vezes da própria perturbação, de uma disfunção cerebral, mais do que estratégias defensivas (DSM IV-TR; APA press, 2000). Outro resultado comum encontrado é que, um *insight* pobre corresponde a um dos factores preditivos mais importantes para a não adesão à medicação. Estes valores continuam a rondar os 50% apesar dos melhorados perfis dos efeitos secundários da segunda geração de antipsicóticos. O interesse crescente nas intervenções psicoeducativas, psicológicas e comportamentais com vista a melhorarem o *insight*, também aumentou nos últimos anos (McEvoy, 1989).

## **2.4. MODELOS TEÓRICOS SOBRE A FALTA DE *INSIGHT* NA ESQUIZOFRENIA**

*“A falta de insight na esquizofrenia tem sido explicada através de três modelos explanatórios distintos: o modelo neuropsicológico, o modelo psicológico e o modelo cognitivo” (Birchwood, 1994).*

### **2.4.1. MODELO NEUROPSICOLÓGICO**

Déficits neuropsicológicos associados com a esquizofrenia ocorrem com uma variedade de funções na maioria dos pacientes. São relatados na literatura déficits na capacidade de sustentar e focar a atenção, nas funções executivas (como julgamento abstracto e flexibilidade cognitiva), na

memória operacional, nas funções motoras e psicomotoras, na memória declarativa e no olfacto (Fucetola; Seidman; Kremen; Faraone; Goldstein; Tsuang, 2000). A presença de déficits neuropsicológicos capazes de causar deficiências no *insight* é postulada por vários estudos.

Uma abordagem inicial pode ser encontrada num estudo de Galin (1974), que associa lesão cerebral, estados de humor e “negação da doença”. Este autor propõe haver diferenças entre os dois hemisférios em relação às reacções afectivas e estratégias que ocorrem após a lesão cerebral. Afirma que a negação da doença e um estado de euforia são mais frequentes após lesão no hemisfério direito, enquanto reacções depressivas eram mais vistas após lesão do lado esquerdo.

Young et al. (1993) associaram a falta de *insight* na esquizofrenia com alterações no funcionamento do lobo frontal. Num estudo com 31 pacientes com esquizofrenia, associaram a falta de *insight* com duas variáveis do Teste de *Wisconsin* (WSCT). Estes resultados foram confirmados por Lysaker e Bell (1994) num estudo com um número mais elevado de pacientes, mantendo os resultados mesmo após controlar a variável inteligência. No entanto, outros estudos apontaram na direcção oposta. Cuesta e Peralta (1994) não encontraram qualquer relação entre a crítica e os déficits encontrados nos testes neuropsicológicos aplicados. Em 1995, Cuesta et al., aplicaram o WCST em 52 pacientes e não foi encontrada qualquer relação entre as alterações no funcionamento do lobo frontal, medidas por este teste e as três dimensões do *insight* (David, 1990). Carroll; Fattah; Clyde; Coffey; Owens e Johnstone (1999) também não encontraram uma associação entre o *insight* e funcionamento cognitivo e Kemp e David (1996) observaram que o desempenho nos testes neuropsicológicos melhorou com a melhora da psicopatologia e que a relação com a falta de *insight* e déficits neuropsicológicos era bastante modesta.

McEvoy; Hartman; Gottlieb; Godwin; Apperson; Wilson, (1996) aplicaram uma bateria de testes neuropsicológicos em pacientes com esquizofrenia e instrumentos para medir o *insight*. Encontraram uma associação de *insight* total, medida pelo ITAQ, com a *performance* em testes para medir a função do lobo parietal esquerdo. Apenas um dos itens da ITAQ estava relacionado com a *performance* em testes para o lobo frontal. Concluíram portanto que, pelo menos em parte, a falta de *insight* na esquizofrenia estava relacionada a déficits neuropsicológicos.

Num outro estudo em 1998, Lysaker et al. (1998a) compararam medidas de funções cognitivas globais com funções executivas, associando o *insight*. Queriam identificar qual das duas medidas se correlacionava melhor com o *insight* e incluíram também medidas da memória e vigilância. Encontraram como resultado a confirmação do estudo anterior (Lysaker and Bell, 1994) que associava a falta de *insight* com déficit nas funções executivas relacionadas ao lobo frontal. O estudo, no entanto, foi feito com uma amostra de pacientes masculinos que tinham uma idade avançada, necessitando por isso ser replicado em amostras menos tendenciosas. Mais recentemente, Laroi; Fannemel; Ronnember; Flekkoy; Opjordsmoen; Dullerud; Haakonsen, (2000) publicaram um estudo com 21 pacientes com esquizofrenia. Utilizando a SUMD e diversas medidas neuropsicológicas encontraram uma relação positiva de *insight* com medidas das funções

executivas, mas não com outras medidas neuropsicológicas. Demonstraram, inclusive, haver relação negativa do *insight* com atrofia do lobo frontal.

Buckley; Hasan; Friedman e Cerny (2001) aplicaram o teste neuropsicológico *Trial B*, procurando correlacionar com o *insight*, em 50 pacientes psicóticos internados. Este teste correlacionou-se positivamente apenas com o *insight* da doença no passado, medido pela SUMD. Pacientes que tiveram baixo desempenho no teste tinham menor *insight* em relação à doença, do que aqueles que tiveram bom desempenho.

Mohamed et al. (1999), encontraram também uma relação positiva do *insight* de sintomas negativos com as funções executivas. Marks et al. (2000) identificaram uma relação de duas subescalas (consciência da necessidade de tratamento e reconhecimento e consequências da doença) de um questionário desenvolvido para auto-avaliação do *insight* da doença com déficits neuropsicológicos.

Outra evidência de associação do *insight* com déficits neuropsicológicos foi observada com a avaliação do componente P300, um indicador neurofisiológico da cognição na esquizofrenia, na avaliação da resposta a estímulos auditivos. Pacientes com um P300 diminuído tendem a ter distúrbios cognitivos. Os pacientes que foram tratados com a clozapina melhoraram os parâmetros de amplitude do P300 e melhoraram o *insight* em relação à doença (Pallanti; Quercioli and Pazzagli, 1999).

Apesar destes resultados serem favoráveis à relação do *insight* com déficits neuropsicológicos, certamente existirão outros factores envolvidos.

Em 2000 Smith; Hull; Israel e Willson realizaram um estudo com 46 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva. O *insight* foi avaliado através da SUMD, as funções cognitivas, os sintomas da doença e a presença de depressão foram igualmente tidas em conta. Como resultado, encontraram uma forte relação positiva de depressão com o *insight* e uma relação moderada de *insight* com sintomas da esquizofrenia. O item de atribuição dos sintomas à doença foi mais associado com as funções executivas que o reconhecimento dos sintomas. O estudo sugeriu que os déficits da falta de *insight* na esquizofrenia são multifactoriais.

Lysaker et al. (2002) também observaram uma associação entre a falta de *insight* com déficits nas funções executivas, porém, também com maior tendência à utilização de estratégias psicológicas adaptativas tipo negação e reapresentação positiva, medidas pelo "*Ways of Coping Questionnaire*" (WCQ).

Uma variável global importante é a inteligência. David et al. (1995) encontraram uma relação positiva entre a falta de *insight* e o quociente de inteligência (QI). Aqueles que apresentavam um maior *insight* atingiam melhores notas no teste. Esta relação somente ocorreu durante episódios agudos, não se mantendo no seguimento. Alguns estudos confirmaram a associação positiva com a inteligência (David et al., 1992; Young et al., 1993; Lysaker; Bell, 1994), e um outro não encontrou esta relação (Macpherson; Jerrom and Hughes, 1996).

Um estudo relativamente recente (McCabe and Quayle, 2002) com 89 pacientes com esquizofrenia crônica não encontrou nenhuma associação entre a falta de *insight* e o funcionamento neuropsicológico. Os autores sugerem que os próximos trabalhos deverão permitir uma compreensão mais detalhada entre a importância dos factores psicossociais na expressão da falta de *insight* na doença.

Apesar de haver indícios de déficits neuropsicológicos contribuindo para a falta de *insight*, esta ainda é uma questão em aberto, e há indícios de que a falta de *insight* ocorra devido a mais de um processo etiológico.

Um estudo importante para a investigação das causas da falta de *insight* é o de Lysaker et al. (2003). Os autores basearam-se num estudo anterior (Startup, 1996) que identificou uma relação curvilínea entre a falta de *insight* e os déficits neuropsicológicos, sendo que pacientes com prejuízo moderado do *insight* tinham um pior funcionamento cognitivo global que os pacientes com grave prejuízo do *insight*. Para examinar este achado, os autores realizaram uma análise de *clusters* em 64 pacientes com perturbações psicóticas. Encontraram três grupos distintos: 1. pacientes com um *insight* preservado e funcionamento executivo na média; 2. pacientes com prejuízo no *insight* e funcionamento executivo na média; 3. pacientes com prejuízo no *insight* e funcionamento executivo prejudicado. Os autores postulam a existência de dois caminhos para o prejuízo da falta de *insight* nas psicoses. Num grupo ocorre devido ao prejuízo nas capacidades cognitivas e num outro, aquele com prejuízo na *insight* e nas funções executivas preservadas, será devido à negação da doença, e a um mecanismo de defesa para lidar com as dificuldades psicológicas de aceitar-se como portador de uma doença mental.

#### **2.4.1.1. ALTERAÇÕES ANATÓMICAS CEREBRAIS**

A variação do *insight* entre os pacientes com esquizofrenia pode estar relacionada com alterações neuroanatómicas, como o tamanho do cérebro. Flashman; McAllister; Andreasen; Saykin, (2000) encontraram uma diminuição do volume cerebral global e do volume intracraniano em pacientes com esquizofrenia, com falta de *insight* em relação à doença.

Takai; Uematsu; Ueki e Sone (1992) relataram um aumento nas diferentes relações ventrículo/cérebro em pacientes com esquizofrenia com a falta de *insight* da doença medida pelo PSE.

O estudo de Laroi et al. (2000) encontrou uma associação entre a falta de *insight* em pacientes com esquizofrenia e atrofia do lobo frontal, além de associação com déficits neuropsicológicos nas funções executivas do lobo frontal.

Um estudo mais recente de Rossel; Coakes; Shapleske; Woodruff e David, (2003) não encontrou qualquer relação da falta de *insight* com o volume do cérebro, com o volume da substância cinzenta ou com o volume da substância branca. Foram realizadas medidas de volume

através da Ressonância Magnética Nuclear (RMN) em 78 pacientes com esquizofrenia, do sexo masculino. Os autores sugerem o aprofundamento das investigações, analisando possíveis associações das diferentes dimensões do *insight* com medidas anatómicas. Postulam que a capacidade de atribuir os sintomas a uma condição médica seria dependente das capacidades executivas ligadas às regiões dorsolateral e medial pré-frontais, e que a adesão ao tratamento, seria dependente de factores sociais.

#### **2.4.1.2. ANALOGIA COM A ANOSOGNOSIA**

Amador et al. (1991) propuseram que as semelhanças entre a falta de *insight* na esquizofrenia e a anosognosia presente em doenças neurológicas indicaria que a falta de *insight* registada na esquizofrenia poderia ter bases neurológicas. Afirmam que Babinsky (1914 apud Amador et al., 1991) foi o primeiro a descrever este fenómeno. Babinsky descreveu que o paciente portador de anosognosia apresenta uma falta de conhecimento, consciência ou reconhecimento da doença neurológica. Este não reconhecimento de um déficite neurológico, tão evidente para os outros, ocorria mais frequentemente em pacientes que sofriam de hemiplegia e hemianopia (déficits no campo visual) como consequência de um acidente vascular cerebral no hemisfério direito. Reproduziu-se a citação de Gerstmann (1942, apud Amador et al., 1991): *"A hemiplegia ocorre geralmente do lado esquerdo do corpo. O paciente comporta-se como se nada soubesse sobre a sua hemiplegia, como se esta não existisse, como se os seus membros paralisados estivessem normais, e insistindo que pode mover-se e andar tão bem como fazia antes."*

Barr (1998) efectuou uma revisão aos estudos da área neurológica sobre anosognosia. Relata que, apesar da anosognosia clássica referir-se ao déficite do reconhecimento da disfunção motora de membros, há outros tipos de déficite de reconhecimento descritos, como quanto à presença de afasia, déficits de memória e de funções sensoriais (prejuízos da visão e da audição). Um tipo especial de cegueira cortical, chamado de síndrome de Anton, é caracterizado pela negação do déficite da visão. O paciente age como cego mas nega a condição quando questionado.

Após uma extensa revisão sobre a falta de crítica dos déficits neuropsicológicos em pacientes com patologias neurológicas, McGlynn; Schacter (1989) avaliaram as teorias existentes para explicar estes déficits. Um grupo de teorias enfatiza as alterações neuroanatómicas e outro grupo as teorias motivacionais, ou seja, a negação do déficite como um mecanismo de defesa. Os autores concluem que, no caso de falta de *insight* nas doenças neurológicas, o factor motivacional é menos importante. Contra a teoria motivacional enumeram os seguintes achados: 1. há casos de pacientes paraplégicos, com consciência do seu déficite motor, que passam a não ter *insight* de outro déficite motor adquirido após um acidente vascular cerebral; 2. a anosognosia é específica para alguns déficits; 3. está relacionada, na maioria dos casos, a um único lado do corpo, o

esquerdo; 4. ocorre temporalmente relacionada com a lesão neurológica (McGlynn & Schacter, 1989).

As teorias a respeito da falta de *insight* em doenças neurológicas podem ser divididas em dois grupos, quanto à localização das lesões: falta de *insight* decorrente de lesões focais ou decorrente de lesões difusas no cérebro. Aquelas que são ligadas a lesões focais atribuem o problema a danos no hemisfério direito, no lobo parietal e às suas conexões ou à disfunção nos lobos frontais (Amador et al., 1991). Conforme citado em Amador (1991), Stuss; Bebson (1986) sugerem que o déficit em questão está relacionado com a incapacidade de se automonitorizar ou de se autocorrigir e que a capacidade de auto-avaliação depende de uma função frontal intacta.

A anosognosia secundária a um dano difuso pelo cérebro também foi observada em pacientes vítimas de acidentes vasculares cerebrais extensos. Nestes casos, é entendida como provinda de um declínio global nas funções cognitivas. É menos provável que a anosognosia seja consequência de um déficit cognitivo global, pois foram observados pacientes com déficit no *insight* sem perda global na cognição e pacientes com déficits no *insight* que são específicos, ocorrendo conjuntamente com a capacidade de perceber outros déficits neurológicos (Amador et al., 1991).

Pode-se efectuar um paralelismo com a esquizofrenia, segundo Amador et al. (1991), apesar do papel dos déficits neuropsicológicos se encontrarem mais evidentes nas doenças neurológicas, pois a anosognosia ocorre após o dano cerebral observado. Argumentam os autores que nas doenças neurológicas também ocorrem ideias delirantes associadas à falta de reconhecimento do déficit. Por exemplo, os pacientes podem dizer que o membro paralisado é de outra pessoa.

A falta de reconhecimento da incapacidade física seria resultado de uma alteração neuroanatômica que deixaria a pessoa doente incapaz de reconhecer os sinais da doença. Esta lesão neuroanatômica seria preferencialmente do hemisfério direito e do lobo frontal (Stuss; Benson, 1986). Esta falta de *insight* é muito semelhante àquela observada nas pessoas com esquizofrenia. Curiosamente, os estudos de imagem na esquizofrenia (quer estruturais quer funcionais) apontam para a afectação das mesmas áreas cerebrais. Estudos adicionais estarão indicados para observar qual a implicação da disfunção do lobo frontal na expressão clínica da falta de *insight*.

A etiopatogenia da falta de *insight* poderia ser melhor elucidada com estudos centrados nos factores do neurodesenvolvimento (complicações obstétricas, factores de risco familiares e genéticos) e estudos de neuroimagem funcional.

Na esquizofrenia, há relatos de alteração cerebral, tais como a presença de sinais neurológicos leves (*soft signs*), déficits neuropsicológicos diversos e disfunção nos movimentos dos olhos. Esses dados são consistentes com a ideia de que a esquizofrenia é resultante de déficits em múltiplas regiões do cérebro levando a alterações do pensamento, percepção, atenção, afecto, movimento dos olhos e capacidade de auto-avaliação (Amador et al., 1991). Apesar da analogia

com a anosognosia, ainda não está claro o quanto as alterações cerebrais da esquizofrenia interferem com a falta de *insight* da doença nesta patologia.

#### **2.4.2. MODELO PSICOLÓGICO**

As teorias psicológicas postularam que o não reconhecimento da doença em pessoas com esquizofrenia poderia ocorrer como consequência de um mecanismo de defesa psicológico. O paciente negaria ser portador da doença, perante as consequências negativas da mesma e o estigma associado à doença (Johnson; Orrel, 1995; McGorry; McConville, 1999).

Para a maioria dos estudos, a negação da doença é prejudicial para a evolução da esquizofrenia. Mayer-Gross (1960) propôs uma classificação fenomenológica das várias reacções que uma pessoa pode ter após viver uma experiência psicótica: a. negação do futuro (desespero); b. negação da experiência vivida (desapego); c. conversão a alguma revelação da psicose (criando uma nova vida); d. fusão da doença em continuidade com os valores já existentes. A última categoria seria a mais saudável, possibilitando vencer o “desafio de continuidade” (Mayer-Gross apud Soskis; Bowers, 1969).

Soski e Bowers (1969) demonstraram que os pacientes com esquizofrenia com uma atitude mais positiva em relação à doença, integrando a experiência psicopatológica com o restante das suas vidas, apresentavam melhores níveis de ajustamento após a alta hospitalar.

McGlashan; Levy e Carpenter, (1975) também identificaram padrões diferentes pelos quais os pacientes com esquizofrenia reagiriam à experiência psicótica. O mais adaptativo seria o padrão de integrar estas vivências das experiências de vida prévias à doença. O menos adaptativo foi chamado de “*sealing-over*”, uma reacção caracterizada pela evitação e não aceitação da experiência psicótica. Os “integradores” eram curiosos em relação aos seus sintomas psicóticos, incluíam-nos num padrão de vida prévio, procuravam ganhar informações a respeito dos sintomas, resultando numa atitude mais flexível e variável em relação à doença. Os “evitadores” tendiam a isolar as suas experiências psicóticas, considerá-las como intrusivas em relação às suas vidas e tendendo a incapsulá-las. Procuravam negar que qualquer coisa importante havia ocorrido com eles, além de considerar os sintomas como causas da doença, ao invés de consequências (McGlashan; Carpenter, 1975).

McGlashan; Wadeson; Carpenter; Levy, (1977) foram capazes de diferenciar os dois tipos de reacção à doença em pacientes com esquizofrenia através da avaliação de pinturas feitas pelos próprios, onde se representavam a si mesmos e à sua doença. Os “integradores” usavam mais cores, desenhavam com mais detalhes e eram mais expressivos que os pacientes com a reacção à doença tipo “*sealing-over*”. No entanto, a hipótese dessas diferentes formas de adaptação à doença estarem relacionadas ao curso da doença não se confirmou para esquizofrenia e perturbação afectiva (McGlashan, 1987).

Ainda sobre a atitude dos pacientes frente à doença psicótica, Wciórka (1988) distinguiu, numa população de 100 pacientes com esquizofrenia internados, três grupos distintos: aqueles que isolavam a experiência da doença, aqueles que a integravam e os indecisos. Os pacientes capazes de integrar as experiências psicóticas, apresentam melhor funcionamento social.

Lally (1989) considerou que o internamento psiquiátrico e a presença de sintomas psicóticos representam uma ameaça à auto-estima do paciente e à capacidade do próprio ver-se como uma pessoa competente. Criou o termo "*engulfment*" para descrever o processo pelo qual o paciente deixa de se considerar uma pessoa com sintomas psicóticos periódicos e parciais, para se identificar totalmente com a loucura. A análise qualitativa dos dados fornecidos por pacientes com esquizofrenia internados demonstrou que este processo é complexo e ocorre dentro de uma sequência de desenvolvimento, marcada por pontos de transição e estágios diferentes. Há uma luta interna para integrar as experiências da doença com a manutenção de um conceito interno de si mesmo como competente. O primeiro estágio é marcado pela negação da doença, pois estabelece-se um conflito entre a situação actual do paciente e o estereótipo negativo de doença mental previamente aprendido no seu meio cultural.

#### **2.4.3. MODELO COGNITIVO**

Além da perspectiva psicológica, alguns investigadores, dentro de um contexto cognitivo, enfatizam o papel de atribuições erróneas no entendimento da falta de *insight* em relação à doença. No campo de estudo das perturbações afectivas, as pesquisas compararam controlos normais com pacientes com depressão. Descobriram que os pacientes com depressão são mais capazes de avaliar alguns aspectos relacionados a si mesmos, tal como julgar a própria competência social e avaliar a relação entre o próprio comportamento e certas consequências, que as pessoas normais. Ou seja, pacientes depressivos utilizam menos estratégias para tornar a realidade mais favorável ("*self-serving biases*") que indivíduos normais (Amador; Kronengold, 1998).

Num estudo de Sackein e Wegner (1986), os autores compararam pacientes com depressão, pacientes com esquizofrenia e indivíduos sem patologia. Tanto os indivíduos sem patologia como os pacientes com esquizofrenia utilizaram avaliações tendenciosas de si, enquanto os pacientes com depressão não o fizeram. Dizem os autores que a tendência para enviesar os factos de uma forma optimista é um padrão de funcionamento normal. Afirmam que uma das funções do cérebro é regular o humor e que este ajuste pode ser feito impedindo a pessoa de ter uma representação acurada de uma realidade desfavorável, que levaria a alteração do humor. O reconhecimento da realidade é distorcido para preservar o indivíduo de emoções perigosas ao seu equilíbrio mental.



Amador; Kronengold (1998) colocam a hipótese de que a falta de *insight* na esquizofrenia seja o resultado da desinibição de estados cognitivos normais, que tornam a realidade mais favorável para o indivíduo. Na esquizofrenia haveria um uso excessivo de reacções normalmente adaptativas.

Van Putten; Crumpton e Yale (1976), identificaram uma relação inversa entre o *insight* da doença e um traço psíquico de grandiosidade. Para ele, os pacientes preferem um estado de grandiosidade presente no estado psicótico, ao invés de um estado normal induzido por psicotrópicos, levando a não adesão à medicação.

## **CAPÍTULO II**

### **1. REVISÃO DA LITERATURA**

*A esquizofrenia, representante mais grave das psicoses, de acordo com o censo psiquiátrico realizado em 2001, continua a ser a perturbação psiquiátrica mais frequente em consulta externa, tendo-se registado 3595 casos de pessoas doentes (21,2%) a procurarem consulta. Esta doença representa a principal causa de internamento psiquiátrico (2397 casos, 36,2%).*

*Estes resultados foram obtidos a partir do 3º censo psiquiátrico em que participaram 66 instituições de saúde, das quais 45 (68,2%) públicas, 18 (27,3%) das ordens religiosas e 3 (4,5%) privadas.*

*Perante estes dados depressa chegamos à conclusão da importância que existe em continuar a desenvolver e a adequar esforços que visem a melhoria dos cuidados a pessoas com doença mental grave.*

#### **1.1. REVISÃO DA LITERATURA NACIONAL - ESTUDOS EM PORTUGAL**

A esquizofrenia interfere com áreas fundamentais que influenciam o funcionamento do indivíduo a nível psicológico, familiar e social. Perante esta realidade, cresce a necessidade de serem desenvolvidas investigações que visem o desenvolvimento de abordagens mais eficazes e que, em simultâneo, promovam a compreensão das necessidades que envolvem a pessoa doente e as famílias. Ambos com um papel preponderante no processo de tratamento, recuperação e reabilitação.

Através da minha prática clínica, e tal como se tem verificado nos estudos desenvolvidos na área, observa-se que grande parte das pessoas com diagnóstico de psicose não reconhecem que estão doentes o que, inevitavelmente, pode interferir com o processo de tratamento. É por isso de extrema importância que a comunidade científica, tal como sido feito ao longo dos últimos 15 anos, se dedique ao estudo e compreensão de um fenómeno tão complexo, como aquele que representa o *insight*.

O grau de consciência e compreensão que a pessoa tem em relação àquilo que se passa consigo, apenas nas últimas décadas começou a ser alvo de inúmeras investigações. Estes estudos têm possibilitado uma avaliação mais detalhada acerca do fenómeno apesar de verificar-se que alguns dos resultados atingidos são ainda pouco consistentes.

Até à data, não se conhece nenhuma escala original portuguesa de avaliação do *insight* nas psicoses.

Da pesquisa efectuada em Portugal, sobre os estudos desenvolvidos nesta área, verificou-se que um grupo de médicos do serviço de psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca (Dr.<sup>a</sup> Sandra Almeida; Dr. António Gamito e Dr.<sup>a</sup> Teresa Maia), iniciaram em 2003 um trabalho de investigação que visa fazer a contribuição para a validação semântica e o estudo de fiabilidade

para a população portuguesa de dois instrumentos que avaliam o *insight* nas psicoses e que são dos mais utilizados internacionalmente, "*The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder*" (SUMD), de Amador et al. (1993) e "*Insight and Treatment Attitude Questionnaire*" (ITAQ) McEvoy et al., 1989.

A ideia de se dedicarem à investigação deste tema, surgiu, segundo os colegas, pelo facto de "*fazer parte da nossa prática clínica avaliar o grau de reconhecimento da doença de forma sistemática e porque temos em curso, no nosso serviço, um estudo relacionado com este tema*".

As escalas de avaliação aplicadas foram adaptadas a partir das escalas originais. A tradução de ambas foi efectuada da língua inglesa para a língua portuguesa e aferida a tradução portuguesa novamente para a língua inglesa. Não foram encontradas dificuldades de tradução no que diz respeito ao conceito nem à forma linguística do texto.

Da extensa revisão que foi realizada à literatura, referente aos eventuais estudos desenvolvidos em Portugal sobre o *insight* nas psicoses, verificou-se que encontra-se igualmente a ser desenvolvido no departamento de psiquiatria do Hospital S. João no Porto, ainda em fase embrionária, um estudo sobre "*avaliação do insight e défices executivos em pessoas com psicose*".

Apesar dos contactos estabelecidos com uma das intervenientes neste trabalho (Dr.<sup>a</sup> Andreia Norton, interna de psiquiatria), pouca informação foi transmitida acerca dos processos metodológicos.

Sabe-se apenas que, para avaliação do *insight*, a equipa envolvida no estudo colocou a hipótese de utilizar a escala de avaliação do *insight* nas psicoses de Marková et al. 2003, que foi utilizada nesta investigação. Foram os autores da escala, Marková e Berrios, que informaram a equipa do Porto, após contacto estabelecido com os mesmos, que esse instrumento estava a ser utilizado na investigação que estou a desenvolver e efectuado o seu processo de contribuição para a sua validação para Portugal.

Depois de feita uma pesquisa detalhada a várias instituições nacionais, numa tentativa de verificar a existência de mais estudos, publicados ou em curso, dentro da área, constatou-se a inexistência dos mesmos.

Para esse efeito foi concretizada a respectiva procura nas seguintes instituições portuguesas: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas; Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa; Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina; Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina; Universidade do Porto, Faculdade de Medicina; Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; Universidade do Minho, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra e nos Institutos de Psicanálise de Lisboa e do Porto.

Não se constatou a existência de mais estudos publicados na área.

## 1.2. REVISÃO DA LITERATURA INTERNACIONAL

*Nos últimos anos o conceito de insight da doença tem sido elaborado a fim de incorporar as várias dimensões da questão. Um fenómeno antes dicotómico, descrito em termos de presença ou ausência, passou a ser considerado multidimensional.*

*Diversos estudos têm sido realizados com o intuito de investigar as relações da falta de insight com variáveis clínicas e sociodemográficas.*

*À medida que as investigações vão decorrendo, começa-se a pintar um retrato cada vez mais claro sobre a natureza deste sintoma, o que, consequentemente, vai permitir uma compreensão mais detalhada do fenómeno.*

### 1.2.1. PREVALÊNCIA DO *INSIGHT* NA ESQUIZOFRENIA

O "*International Pilot Study on Schizophrenia*" (EPIE) (WHO, 1973) descreve a falta de *insight* como o sintoma prevalecente, ocorrendo em 97% dos pacientes com esquizofrenia de diversos países. A falta de *insight* também foi o sintoma prevalecente numa amostra de pacientes com esquizofrenia crónica, num outro estudo multicêntrico, o "*Classification of Chronic Hospitalized Schizophrenics*" (CCHS) (Wilson; Ban and Guy, 1986).

Amador et al. (1994), num estudo controlo com 412 pacientes (provenientes de diversas regiões dos Estados Unidos e de uma região no México), com psicose e perturbação afectiva, examinaram a questão da possível diferença entre a falta de *insight* entre pacientes esquizofrénicos e outras perturbações psiquiátricas. O estudo revelou que a falta de *insight* é uma característica prevalente na esquizofrenia quando comparada a outras perturbações psiquiátricas. Das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, 57% possuíam ausência de consciência da perturbação mental considerada moderada para grave. Estes achados estão de acordo com os resultados encontrados no "*Report of the International Piplot Study of Schizophrenia*" (Geneve, WHO, 1973). Para os autores, os resultados sugerem, também, que pacientes com esquizofrenia têm múltiplos déficits na autopercepção e que a falta de noção pode ser somente de uma modalidade específica, ou seja, o indivíduo pode ter pouca noção da perturbação do pensamento, mas consegue reconhecer que sofre de uma falsa percepção. A falta de *insight* nestes pacientes também foi associada a um funcionamento social empobrecido durante e nos anos anteriores ao desenvolvimento do estudo (Amador et al., 1994).

Em 1995 (David et al.), utilizando o item sobre o *insight* do "*Present State Examination*" (PSE), encontraram 79% de pacientes sem *insight* em relação à doença, numa amostra de pacientes com perturbações psicóticas.

Um estudo longitudinal realizado por Fenning; Everett; Bromet; Jandorf; Fennig; Tanenberg-Karant & Craig, (1996), em pacientes hospitalizados pela primeira vez, verificou uma falta de *insight* em relação à doença em 53,5% dos pacientes com esquizofrenia e 56,2% de pacientes com outras psicoses.

Mohamend et al. (1999), utilizaram a SUMD e descreveram que 60% dos pacientes com esquizofrenia tinham uma falta *insight* "parcial a total". Lysaker et al. (1998a), que também utilizaram a SUMD, encontraram uma taxa semelhante de 56% dos pacientes com esquizofrenia e com perturbação esquizoaffectiva também com falta de *insight* em relação à doença. Lysaker et al. (1998b) descreveram que, 47% da amostra de pacientes com esquizofrenia ou com perturbação esquizoaffectiva, tinham falta de *insight*. Estes dados foram recolhidos através do item referente à avaliação do *insight* do "*Positive and Negative Syndrome Scale*" (PANSS).

Weiler; Fleisher & McArthur-Campbell (2000), no estudo efectuado com 274 pacientes, sustentaram registos anteriores da alta prevalência do déficit de *insight* na esquizofrenia quando comparado a outras perturbações mentais, como depressão major e perturbação esquizoaffectiva. Acrescentam que a associação positiva entre a psicopatologia e o *insight* sugere que a sintomatologia aguda não tem influência no *insight*. Segundo os autores, os indivíduos com ausência de *insight* durante observações longitudinais podem ser aqueles em que os déficits neuropsicológicos e déficits no *insight* estão relacionados. Os autores acrescentam que uma estabilização do quadro psicótico pode beneficiar o *insight* ou noção da doença.

Smith et al. (2000) utilizaram a SUMD e descreveram que, da amostra de pacientes com esquizofrenia ou perturbação esquizoaffectiva, 28% dos pacientes não tinha *insight*, 26% não estavam aptos a identificar o efeito da medicação e 37% não acreditavam que uma doença mental fosse responsável pela sua mais recente hospitalização.

Esta prevalência menor registada poderia ser explicada pela proporção de pacientes com perturbação esquizoaffectiva em relação a pessoas com esquizofrenia, assim como pela presença de pacientes que tinham recentemente participado em programas de psicoeducação.

Laroi et al. (2000), utilizando a SUMD, relataram haver 53% de pacientes com falta de *insight*, numa amostra de pacientes com esquizofrenia.

Apesar das evidências, a questão da etiologia da ausência de consciência da doença permanece em discussão.

Os dados acima estão sumariados na figura 1.

Estudo	n	Instrumento utilizado	Pacientes envolvidos	% de falta de <i>insight</i>
Amador et al. (1994)	221	SUMD	Esquizofrenia	57,4%
David et al. (1995)	150	SAI	P. Psicóticas	79%
Fennig et al. (1996)	86	Escala de Hamilton	Esquizofrenia	53,5%
Dickerson et al. (1997)	87	Subitem da PANSS	Esquizofrenia	49,5%
Lysaker et al. (1998a)	101	SUMD.	Esquizofrenia P. Esquizoafectiva	56%
Lysaker et al. (1998b)	81	PANSS	Esquizofrenia P. Esquizoafectiva	47%
Mohamed et al. (1999)	46	SUMD	Esquizofrenia	60%
Laroi et al. (2000)	21	SUMD	Esquizofrenia	53%
Smith et al. (2000)	46	SUMD	Esquizofrenia P. esquizoafectiva	28%

NOTA: P. = Perturbação

Figura 1. Prevalência da falta de *insight* em estudos anteriores

### 1.2.2. A RELAÇÃO ENTRE *INSIGHT* E PSICOPATOLOGIA

*A relação entre o nível de insight e a gravidade dos sintomas tem sido questionada, uma vez que os estudos realizados que se debruçavam sobre esta relação forneciam resultados inconsistentes (Whittman and Duffey, 1991).*

*Contudo, novos estudos continuam a ser realizados de maneira a examinar a eventual relação entre o insight e a psicopatologia..*

Relatórios subsequentes que utilizaram avaliações padronizadas dos sintomas, e.g. "*Brief Psychiatric Rating Scale*" (BPRS) (Overall and Gorham, 1962); "*Scale to Assess Positive Symptoms*" (Andreasen, 1984); e "*Scale to Assess Negative Symptoms*" (Andreasen, 1984) sugerem que o *insight* e a gravidade dos sintomas são factores independentes (Bartkó; Herczeg and Zdor, 1988; McEvoy et al.; Apperson et al., 1989; Amador et al., 1993). Estes estudos não encontraram correlações significativas entre o *insight* e os sintomas positivos ou negativos, medidas gerais de sintomas, sintomas depressivos ou sintomas maníacos. Porém, este assunto tornou-se pouco esclarecedor pela descoberta de uma relação entre a falta de *insight* (ou *insight* pobre) e níveis mais graves de psicopatologia geral (Marková et al., 1992; Takei et al., 1992; Young et al., 1993).

Amador et al. (1994) apresentaram os resultados de um estudo de larga dimensão, realizado como parte dos ensaios do DSM IV, em que avaliaram a natureza da relação entre sintomas e *insight*.

Em pessoas com esquizofrenia, as alucinações, as perturbações do pensamento e o comportamento desorganizado estavam todos modestamente correlacionados com um baixo reconhecimento da doença mental, com as consequências sociais da doença mental e vários

sintomas positivos. Apesar destas correlações atingirem alguma significância, esta mantém-se ainda bastante modesta, com  $r$  a variar entre +0.18 e +0.24. O significado estatístico dos resultados podem ter sido atingidos em função da dimensão da amostra ( $N = 224$ ) e ao facto dos valores do *insight* e dos sintomas não terem sido esclarecidos um pelo outro.

Amador et al. concluíram que o nível de consciência não estava relacionado com a gravidade dos sintomas.

A relação entre o *insight* e a gravidade dos sintomas tem implicações importantes para a compreensão do *insight*.

Pode ver-se a falta de *insight* (ou o *insight* pobre) como um reflexo da gravidade dos sintomas ou de crenças alucinatórias, isto é, pacientes mais sintomáticos ou sujeitos a alucinações revelariam menos consciência em relação ao facto de terem uma doença mental. Deste modo, a falta de *insight* ou o *insight* pobre, qualificar-se-ia mais como uma consequência importante a nível da psicopatologia do que um sinal de doença por direito próprio. Contudo, muitos estudos sugerem que um *insight* pobre será independente ou estará apenas pouco a moderadamente correlacionado com a gravidade dos sintomas, levando em consideração que o *insight* poderá ser uma característica fenomenológica independente.

Apesar de se dever continuar a examinar esta possível relação, os estudos acima citados que apoiam o *insight* pobre ou a falta de *insight* como independente da gravidade dos sintomas, indicam que o não reconhecimento da doença é claramente um sintoma da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas.

Embora não necessariamente relacionados com a sintomatologia geral, níveis reduzidos de *insight* parecem ser característicos de pessoas com esquizofrenia, como síndrome deficitária. Estes utentes tinham sido previamente avaliados relativamente ao síndrome deficitário. Recorrendo à SUMD para avaliar o *insight*, foi descoberto que as pessoas com esquizofrenia, com síndrome deficitária, revelavam um *insight* relativamente mais fraco quando comparadas com pessoas com esquizofrenia sem síndrome deficitária. As associações entre a falta de *insight* e os sintomas negativos primários eram mais fortes do que as associações encontradas previamente entre a falta de *insight* e ambos os sintomas positivos e negativos. Tais resultados sugerem que, enquanto um *insight* pobre pode não reflectir uma gravidade global dos sintomas, pode, mesmo assim, estar relacionado a sintomas individuais ou a grupos específicos de sintomas.

Teoricamente, a relação entre *insight* e sintomas negativos primários pode indicar que um *insight* pobre reflecte a capacidade de um indivíduo ter emoções – uma descoberta potencialmente vital e desafiante para a investigação e que até agora se concentrou nos aspectos cognitivos do *insight*.

A falta de resposta emocional à doença, a reacção “*la belle indifférence*”, tem potencialmente implicações neuropsicológicas identificáveis.

Hipotetizamos que os défices neuropsicológicos associados com o síndrome do défice, resultando em parte numa inabilidade para experienciar emoções, pode também contribuir para a reacção indiferente vista na esquizofrenia (Amador et al., 1994).

Estudos recentes têm contribuído com uma metodologia mais rigorosa, porém, ainda não foram capazes de oferecer respostas definitivas à questão em como o *insight* e a presença e/ou gravidade dos sintomas estão relacionados com a esquizofrenia e perturbações psicóticas.

Cuesta et al. (2000), num estudo longitudinal com 56 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV), examinaram a correlação entre diversas escalas de *insight* com o objectivo de investigar a estabilidade do *insight* no decorrer do tempo e a sua relação com a psicopatologia. Os investigadores encontraram uma alta correlação entre as escalas que medem o *insight*, sugerindo que as mesmas avaliam o mesmo constructo. Concluíram também que o *insight* e a psicopatologia são vistos como domínios semi-independentes e que o nível de *insight* para a doença não teve uma melhora significativa em pacientes com psicose funcional, apesar de haver evidências de que em certas dimensões do *insight* houve alguma melhoria durante o tempo. Pacientes com esquizofrenia apresentaram pior *insight* do que os com perturbação afectiva, mas pouca diferença foi registada em relação aos pacientes com psicose esquizoafectiva. O estudo confirmou os resultados da literatura que enfatizam a prevalência da falta de *insight* nas psicoses funcionais.

Mintz; Dobson e Romney (2003), examinaram 40 estudos que foram conduzidos para determinar a relação entre o *insight* e a gravidade dos sintomas na esquizofrenia. Foi descoberto pelos autores que existia uma relação significativa entre a gravidade dos sintomas positivos e negativos e o *insight*.

A interpretação efectuada à literatura sugere que os estudos que se focam nos diferentes aspectos do *insight*, utilizando métodos diferentes, contribuem para resultados desiguais nos estudos. Quer isto dizer que, nos estudos onde o entrevistador avalia os sintomas da psicose e reconhecimento da doença, a tendência inerente para ver as pessoas mais doentes como tendo menos *insight*, pode originar correlações enganosas e ilegítimas.

Contudo, vários estudos têm encontrado correlações modestas entre o *insight* e os sintomas positivos e negativos. Se compreendermos o não reconhecimento da doença grave e persistente, nas suas diversas manifestações, como um sintoma, em vez de ser visto como uma estratégia para lidar com a doença, então as correlações com outros sintomas, mesmo que menos modestas, serão esperadas.

Muitos investigadores vêem a esquizofrenia como uma perturbação que envolve múltiplos domínios da psicopatologia (Carpenter, 1976).

A investigação sugere o valor do prognóstico do *insight* em relação à concordância e aceitação do tratamento e decurso da doença. Todavia, com vista a estabelecer o *insight* como um sinal da esquizofrenia, precisamos ainda de responder a duas questões: qual é a prevalência da



falta de *insight* como um sinal na esquizofrenia? E é a falta de *insight* um fenómeno com aspectos particulares, únicos na esquizofrenia?

Numa tentativa de identificar diferentes subtipos de esquizofrenia, Carpenter e cols. (1976) utilizaram um grupo de técnicas analíticas e dados sobre os sintomas. Este estudo, baseado em dados recolhidos do "*International Pilot Study on Schizophrenia*" (IPSS) (WHO, 1973) ofereceu uma oportunidade única para determinar se os diagnósticos categorizavam eficientemente grupos de pacientes através da cultura.

Examinando os dados de 811 indivíduos, 680 dos quais foram diagnosticados com esquizofrenia, Carpenter et al. (1976) descobriram que um fraco *insight* pode ser uma característica prevalente da esquizofrenia como também um factor discriminatório importante para realizar subtipos de diagnósticos.

Carpenter et al. (1976) identificaram 4 subtipos matematicamente definidos seleccionados de 27 áreas da "*Present State Examination*" (PSE). Foram rotulados estes 4 subtipos, consistindo em 573 pacientes, com esquizofrenia típica, flagrante, com *insight* e esquizofrenia hipocondríaca. A esquizofrenia típica foi caracterizada por um fraco *insight*, delírios persecutórios e de passividade, alucinações auditivas, restrição afectiva e isolamento social. Esquizofrenia flagrante incluía incompreensão aberrante, agitada ou bizarra, aparência descuidada, afecto incongruente ou restrito, ausência de ansiedade e depressão. Esquizofrenia com *insight* partilhava muitas das características da esquizofrenia típica, mas em vez de fraco *insight* existia um bom *insight* e não incluía aberrância comportamental, a não ser isolamento social. O quarto tipo, esquizofrenia hipocondríaca, foi caracterizado por um *insight* intermédio e distinguiu-se por um aumento de preocupações somáticas e alucinações visuais. Os autores realçaram várias dificuldades metodológicas respeitantes à utilização de um grupo restrito de técnicas para definir grupos de diagnóstico. Os resultados de Carpenter realçam a importância do *insight* como uma característica comum a esquizofrenia.

Num estudo multinacional, intitulado "*Classification of Chronic Hospitalized Schizophrenics*" (CCHS), os 12 sinais e sintomas (Carpenter; Strauss, 1973) foram avaliados numa amostra de 768 utentes (Wilson et al. 1986). Os resultados destes estudos replicaram os resultados do IPSS de elevados valores de fraco *insight* na esquizofrenia. Em ambas as amostras, CCHS e IPSS, o *insight* fraco ocorria mais frequentemente do que em qualquer outras dimensões e figurava como a dimensão menos variável na esquizofrenia através dos subtipos. A noção de *insight* é vista como uma característica trans-culturalmente estável e identificável da doença mental.

Em ambos os estudos, o CCHS e IPSS, o *insight* foi definido como presente "se existisse alguma consciência de doença emocional" e ausente se o paciente "negasse vigorosamente que estava perturbado" (WHO, 1973). Uma definição tão conservadora de *insight* requer apenas que o paciente expresse algum reconhecimento da doença emocional.

No IPSS, a consciência não precisou de ser acompanhada por atribuição correcta de sintomas e sinais específicos (ex. consciente de que têm sintomas específicos e identificaram-nos

exactamente como uma consequência de doença mental) com vista a ser chamado de *insight*. Similarmente, a sua definição de *insight* não incluía o reconhecimento de necessidade de tratamento. Pode-se argumentar que um paciente que nega vigorosamente a existência de doença mental pode apresentar uma resposta defensiva para tentar escapar à realidade depressiva da sua situação (Van Putten, 1976). Consequentemente, a definição de *insight* utilizada nestes estudos pode ter identificado outra coisa para além de falta de consciência. Para além disso, como resultado da definição global e unitária de *insight* utilizada nos estudos acima referidos, não se conseguiu determinar se algum dos pacientes mostrava pelo menos consciência parcial dos vários aspectos do distúrbio. Também não podemos determinar se algum dos pacientes estavam conscientes acerca de sinais ou sintomas particulares da esquizofrenia, das consequências da doença, ou dos efeitos da medicação.

Pondo esta limitações de lado, estes estudos oferecem um suporte claro para uma consideração de *insight* pobre como uma característica comum nas perturbações psicóticas.

Carpenter et al. (1973) consideraram que um fraco *insight* era um dos 12 sinais ou sintomas que era "especialmente discriminatório entre esquizofrenia e outras perturbações psiquiátricas" (p.1275). Este resultado indica que um fraco *insight* é uma característica única na esquizofrenia.

Em 1994 a colaboração com o grupo de trabalho sobre esquizofrenia e perturbações psicóticas foi nomeado pela Associação Americana de Psiquiatria para rever o critério para diagnóstico da esquizofrenia no DSM III-R. Uma versão abreviada do SUMD foi utilizada no procedimento de avaliação para o DSM IV. Neste estudo mais de 400 pacientes de regiões geograficamente diferentes dos Estados Unidos, foram avaliados numa extensa variedade de sintomas. O objectivo principal do estudo do *insight* foi feito para determinar a prevalência de fraco *insight* nas perturbações psicóticas para examinar a sua especificidade na esquizofrenia (Amador et al., 1994).

Os resultados indicaram que quase 60% das pessoas com esquizofrenia mostravam de moderado a grave o não reconhecimento da doença mental. Estes resultados indicam que a maioria destes pacientes acreditam que não tem uma perturbação mental. Além disso, na amostra DSM IV, entre 27 a 87% de pacientes com esquizofrenia também não estavam conscientes de sintomas específicos, por exemplo, delírio, perturbação do pensamento, afecto embotado, anedonia, isolamento social, e outras dimensões da doença.

As pessoas com esquizofrenia estavam, assim, significativamente menos conscientes de terem uma doença mental, da eficácia da medicação, dos vários aspectos do delírio, e anedonia, do que pacientes com perturbações do humor. Similarmente, pacientes com esquizofrenia tinham pouca consciência dos vários sintomas (alucinações, delírios, anedonia e isolamento social em relação a pacientes com psicose esquizoafectiva). Para além disso, pacientes com esquizofrenia tinham pouco *insight* em vários aspectos da sua doença mental comparados com pacientes com perturbações depressivas major psicóticas ou não psicóticas.

Estes resultados sugerem que pelo menos alguns aspectos de um fraco *insight* (graves défices na auto-consciência) são unicamente característicos da esquizofrenia quando comparados com outras perturbações psicóticas - a única excepção a esta regra é quando existem pacientes com perturbação bipolar.

Estas conclusões foram parcialmente suportadas por um estudo mais recente onde Pini et al. descobriram que as pessoas com esquizofrenia apresentavam fraco *insight* em comparação com pacientes com perturbações esquizoafectivas, apesar dos pacientes com esquizofrenia não diferirem de pacientes com perturbações do humor no que diz respeito ao *insight* (Pini, 2001).

A literatura anteriormente revista sobre *insight*, e os dados encontrados no DSM IV, apoiam a crença de que as pessoas com esquizofrenia, tal como com outras perturbações psicóticas, apresentam um fraco *insight* e que o nível de *insight* é uma dimensão importante na qual os utentes podem ser divididos em subtipos. Também foi sugerido, pelos mesmos estudos, que *insight* pobre ou défices de auto-consciência são mais graves em indivíduos com esquizofrenia.

Estes resultados, tomados juntamente com os dados revistos anteriormente, que dizem respeito à relação entre nível de *insight* e gravidade da psicopatologia, sugerem que um fraco *insight* não é apenas a consequência de um aumento da gravidade de sintomas. Se um *insight* fraco apareceu somente com base em sintomas psicóticos, não esperaríamos encontrar alguma diferença entre pacientes com esquizofrenia e outros pacientes com distúrbios psicóticos. Também esperaríamos encontrar pelo menos correlações moderadas entre o não reconhecimento e os sintomas. Isso não aconteceu. Em vez disso, o fraco *insight*, ou a falta de *insight* para a doença, apareceu nesta amostra como uma característica independente da esquizofrenia.

Segundo Amador e Gorman (1998), o não reconhecimento da doença pode ajudar a distinguir a esquizofrenia de outras perturbações.

Os mesmos autores propuseram que um não reconhecimento grave e persistente da doença é outra manifestação da patologia do lóbulo frontal que é tão comum na esquizofrenia.

### **1.2.3. *INSIGHT*, ADEÇÃO AO TRATAMENTO E PROGNÓSTICO**

*É comum observar-se na prática clínica que grande parte das pessoas a quem foi diagnosticada uma esquizofrenia não reconhecem a doença.*

*Alguns estudos (Carpenter et al., 1974/76) apontam para uma prevalência em pessoas com esquizofrenia de 81-89%. A falta de insight é descrita como o sinal mais comumente observado nestas pessoas.*

Existem estudos que comprovam que a falta de *insight* não é específica da esquizofrenia sendo, no entanto, mais frequente nesta e na perturbação bipolar com sintomas psicóticos do que em outras psicoses, nos episódios agudos (Amador, 1994; Pini, 2001; Weiler; Fleisher; MacArthur-Campbell, 2000).

Geralmente melhora com a sucessão dos episódios (Fenning et al., 1996). Assim, os pacientes com primeiro episódio psicótico têm menos *insight* do que aqueles com múltiplos episódios (Thompson; McGorry and Harrigan, 2001).

Assim sendo, as pessoas que melhor reconhecem a doença apresentam uma maior adesão à medicação prescrita e aos cuidados de saúde, estando o grau de *insight* directamente relacionado com adesão e resposta ao tratamento (Lin et al., 1979; Kane, 1983; Heinrichs et al., 1985).

Para além da adesão à medicação comprovou-se, posteriormente, que existia uma relação estatisticamente significativa entre o *insight* e as variáveis de *outcome*. Um melhor reconhecimento da doença leva a menos reinternamentos e a um melhor prognóstico a longo prazo (McEvoy et al., 1989; Rossi, 2000).

Alguns autores encontraram resultados estatisticamente significativos entre o *insight* e a disfunção neurocognitiva nas pessoas com esquizofrenia, nomeadamente no que diz respeito à memória de trabalho, função executiva e quociente de inteligência (Smith; Hull; Israel; Willson, 2000; Collins; Remington; Coulter; Birkett, 1997; Sartup, 1996; McEvoy et al., 1996; Young et al., 1993).

A falta de crítica em relação à doença, aos sintomas e à necessidade de tratamento ocorre em 20 a 32% dos pacientes com esquizofrenia (Amador et al., 1994) relaciona-se com uma pior adesão ao tratamento (Smith et al., 1997) e com um pior prognóstico (Lysaker et al., 1998).

A compreensão das causas desta falta de crítica poderia levar a melhor abordagem e tratamento dos pacientes com esquizofrenia.

#### **1.2.4. ESTUDOS EMPÍRICOS E VARIÁVEIS RELACIONADAS**

Ghaemi e Pope (1993) verificaram que a maioria das investigações examinavam apenas a esquizofrenia ou então realizavam uma análise diferenciada segundo o diagnóstico. Para além disso, muitos destes trabalhos eram pouco comparáveis dado que se havia aplicado diversos critérios para se estabelecer o diagnóstico. Os resultados que oferecem são, contudo, resultados com informação duvidosa. Assim, vários autores têm observado em pessoas internadas que os pacientes com esquizofrenia apresentam maior *insight* que os pacientes depressivos (Marková & Berrios, 1992; Amador and cols., 1993).

Small; Small e Hayden, (1965) encontraram em pacientes que apresentavam um diagnóstico de esquizofrenia, que o *insight* dos mesmos melhorava após o internamento, enquanto que os pacientes com perturbações afectivas não apresentavam mudanças entre o ingresso e a alta. O nível de *insight* era melhor em pessoas com esquizofrenia.

Greenfeld; Strauss e Bowers, (1989) verificaram que os sujeitos com depressão major atribuíam o seu episódio a uma doença física e entendiam que a toma descontínua de medicação

era um factor precipitante. Por outro lado, os sujeitos com perturbação bipolar minimizavam a sua vulnerabilidade à recaída e à importância do tratamento e identificavam como indícios da doença os factores ambientais externos, mais do que os factores psicológicos.

Ghaemi e cols. (1994) realizaram um estudo para examinar o *insight* em pessoas com doença bipolar em fase maníaca. Observaram que durante um episódio maníaco agudo, os pacientes com baixo *insight* melhoravam de maneira significativa o seu *insight* antes da resolução do episódio de descompensação. Os autores dividiram a amostra em pacientes com alto e baixo *insight* e observaram que o único elemento que diferenciava (perante a gravidade da perturbação, adesão à medicação, tratamento recebido e número prévio de hospitalizações) era uma alteração neuropsicológica, o qual sugeria um déficite mnésico na zona temporal direita.

Esta descoberta é destacada pelos autores dado que nos síndromes neurológicas, a anosognosia (perda de *insight*) está também associada com o déficite na zona parietal direita.

Vaz; Casado e Béjar (1997) estudaram a consciência da doença na esquizofrenia utilizando a escala de David para avaliar o *insight* e encontraram resultados semelhantes aos encontrados pelo próprio autor (David, 1990) nos seus trabalhos iniciais, visto que as pontuações na escala de *insight* mostraram uma distribuição aproximada à normal. O *insight* nos pacientes com esquizofrenia poderia ser um fenómeno contínuo e não simplesmente dicotómico (presente ao ausente).

Contudo, não encontraram uma clara relação entre o *insight* e as escalas de psicopatologia; isto poderia dever-se ao facto da escala de *insight* aplicada não representar na sua estrutura factorial a dimensão dialéctica ou interrelacional do *insight* que resulta da confrontação do paciente com o que o rodeia.

Embora nos primeiros estudos se ter encontrado uma relação entre o *insight* e a gravidade dos sintomas (boa, directa ou inversa), em estudos recentes com instrumentos standartizados de avaliação dos sintomas e escalas de avaliação do *insight*, esta relação não foi assim tão clara (Ghaemi & Pope, 1994).

Num estudo retrospectivo, em que foram usadas as notas de evolução dos casos, Heinrichs e cols. (1985) verificaram que me 63% dos casos o *insight* no momento inicial se relacionava significativamente com a resolução bem sucedida do episódio, mas em contrapartida não houve correlação entre *insight* e gravidade do episódio.

McEvoy (1989) também não encontrou relação entre o *insight* e a gravidade da psicopatologia no momento do internamento, assim como entre a mudança no *insight* e a mudança na psicopatologia comparando a situação dos pacientes no início e antes da alta.

Noutros estudos encontrou-se uma resposta diferencial no *insight* segundo o diagnóstico e após a hospitalização (Marková & Berrios, 1992).

David (1992) numa amostra com 91 pacientes encontrou uma correlação inversa entre a psicopatologia e a quantidade de *insight*. Amador e cols. (1993) e Vaz (1997) encontraram

resultados correlacionais similares entre a falta de consciência da doença e a maior gravidade da perturbação.

Por fim e de acordo com estes dados, pode-se concluir que os pacientes frequentemente hospitalizados apresentam o mesmo nível de *insight* que os menos hospitalizados (McEvoy and cols., 1989; David and cols., 1992).

Contudo, Gynther; Reznikoff e Fishman (1963) observaram um melhor *insight* em pacientes com maior frequência de hospitalizações, que estes autores explicam por processos de aprendizagem.

A maior parte das investigações encontram uma correlação entre a falta de *insight* e a não adesão à medicação.

Lin e cols (1979) que estudaram o *insight* em 100 pacientes com esquizofrenia, concluíram que a presença de *insight* e os benefícios recebidos pela medicação aumentavam de forma paralela e de maneira parecida.

David e cols. (1992) também encontraram uma correlação entre a adesão ao tratamento e a capacidade da pessoa doente reconhecer a doença em si própria.

As escassas investigações (Ghaemi & Pope, 1994) assinalam que a psicoterapia (terapia de grupo, psicoeducação e terapia cognitiva) produzem benefícios sobre o *insight*.

Nestas investigações critica-se contudo o uso de amostras reduzidas e de certo modo já direccionadas, uma vez que as amostras possuem um nível de *insight* elevado e também porque, anterior à intervenção, é desenvolvida uma aprendizagem sobre as respostas que os pacientes devem dar. Um trabalho sobre os programas psicoeducativos foi publicado por Macpherson e cols. (1996). Estes autores efectuaram uma revisão acerca das técnicas educativas utilizadas em pessoas com esquizofrenia. Este estudo põe à prova 2 sessões de formação e verificam que o *insight* havia melhorado de forma significativa, mas que não influi na adesão à medicação.

Os efeitos do tratamento psicofarmacológico sobre o *insight* não terá sido muito estudado; os dados apontam que a medicação é mais efectiva comparada com placebo em pacientes com *insight* pobre.

Os estudos de acompanhamento realizados não contribuíram muito para a obtenção de dados conclusivos. Assim, Eskey (1958) não encontrou relação significativa entre a presença de *insight* e o prognóstico da doença avaliado pelo tempo de permanência num hospital psiquiátrico.

Roback e Abramowitz (1979) observaram que as pessoas com esquizofrenia que “pontuavam” um nível de *insight* mais elevado eram avaliados pelo pessoal do hospital como mais adequados comportamentalmente, embora mais angustiados subjectivamente.

Linn (1965) durante um ano de acompanhamento concluiu que o *insight* tem poucos efeitos sobre o prognóstico.

Small (1985) indica que a melhoria obtida no *insight* durante o internamento, previne recaídas durante um período de um ano e meio de acompanhamento.

Heinrichs e cols. (1985) numa investigação retrospectiva a 38 pacientes com esquizofrenia, apoia a ideia que os pacientes com bom *insight* são capazes de mante-lo nas fases iniciais da recaída o que conduz a uma rápida intervenção e leva à prevenção de rehospitalizações.

McEvoy e cols. (1989) encontraram um bom resultado clínico (medido como adesão à medicação e baixo número de hospitalizações) associado a um maior *insight*.

Weiden; Dixon L; Frances; Appelbaum; Haas; Rapkin (1997), na revisão que efectuaram aos estudos de adesão em esquizofrenia, encontraram que a taxa de não adesão à medicação variou de 7 à 57%, e nos pacientes tratados ambulatorialmente esta taxa foi mais alta, ficando entre 41 e 63%. Contudo, realçam que os estudos que avaliam a adesão ao tratamento variam muito, devido aos diferentes critérios utilizados para defini-la.

Os trabalhos nem sempre têm claramente estabelecido como a adesão foi mensurada e avaliada, ou qual foi o método utilizado. As formas mais comumente encontradas de mensuração são: contagem de pílulas, dosagem de sangue e urina, frequência nas consultas e atendimentos, e as avaliações denominadas "*self-report*", que seriam mais aptas para captar o fenómeno de forma ampla e confiável, pois estariam baseadas na experiência subjectiva destes utentes.

Por a avaliação da adesão ser muito complexa, recomendam o uso simultâneo de múltiplas medidas para corrigir as limitações de mensurações simples. Segundo os autores, 80% das pessoas com esquizofrenia que recaem não se encontram a aderir ao tratamento proposto no momento da sua recaída. Na revisão efectuada propõem-se dois modelos para estudar a questão da falta de adesão: o primeiro tem a não adesão como causa primária, propiciando uma exacerbação dos sintomas e, consequentemente, a recaída. No segundo modelo a falta de adesão é secundária, ocorrendo antes a exacerbação dos sintomas psicóticos, levando à não adesão e, consequentemente, à recaída (Weiden et al., 1997).

Outros estudos também apresentaram estimativas em torno de 50% de adesão da pessoa com esquizofrenia ao regime de tratamento ambulatorial (Bebbington, 1997; Gaebel, 1997). Esta falta de adesão pode estar relacionada ao maior número de recaídas (Linn et al., 1982; Bebbington, 1997), maior número de hospitalizações (Green, 1988), maior duração dos internamentos (Caton; Koh; Fleiss; Barrow and Goldstein, 1985) e, consequentemente, a um pior prognóstico.

Fenton; McGlashan; Victor e Blyler (1997) descreveram que os principais factores que estariam implicados na adesão das pessoas com esquizofrenia ao plano de tratamento eram: a noção de doença ou *insight* para doença; tipo de sintomatologia; factores relacionados à medicação; factores sócio-demográficos; a aliança terapêutica e o manejo de informações sobre a doença e o seu tratamento; o suporte social; os factores familiares e o estigma da doença.

Num estudo prospectivo sobre o *insight* em pacientes com esquizofrenia verificou-se que aqueles que tinham participado num programa de psicoeducação apresentavam um melhor nível de *insight* do que os pacientes internados, estudados previamente, sem esse programa (McEvoy and cols., 1993).

Após um ano de acompanhamento 46% da amostra apresentou uma exacerbação da psicose. Ao comparar-se os resultados observou-se que não havia diferenças significativas no nível de *insight* ; contudo, foi observado que aqueles pacientes com uma duração menor da doença e mais baixa pontuação no *insight* , no momento de estabelecer a linha base, sofreram uma rehospitalização. O estudo apresenta algumas dificuldades metodológicas que são referidas pelos autores.

O maior nível de *insight* em pacientes em ambatório não é confirmada por Dickerson; Boronow; Ringel; Parente (1997). Estes autores verificaram que o déficit do *insight* persistia entre pacientes relativamente estáveis que viviam fora do hospital. Os resultados indicam que a falta de *insight* é uma característica clínica relativamente estável e não um reflexo da gravidade dos sintomas.

Os pacientes voluntários melhoravam o seu nível de *insight* ao longo da hospitalização embora não se tenham observado mudanças em pacientes involuntários no trabalho de McEvoy e cols. (1989).

David (1992) observou que os pacientes involuntários apresentavam mais sintomas e menos *insight* que os pacientes voluntários.

A importância do estudo do *insight* revela-se no momento em que se exige à psiquiatria determinar até que ponto o sujeito mantém uma adequada consciência da doença para realizar ou não um internamento involuntário (Vaz and cols., 1994).

Lam e Wong (1997) verificaram que o nível de funcionamento social dos pacientes estava ligeiramente relacionado com o nível de *insight* , contudo há que referir que foi medido em pacientes com perturbações afectivas.

### **1.3. O *INSIGHT* NO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA**

*A psicoeducação tem sido utilizada em pacientes com psicose, especialmente com esquizofrenia. É uma técnica na prática clínica que pode ser definida como "a administração sistemática de informações a respeito de sintomas, etiologia, tratamento e evolução, com o objectivo de melhorar a compreensão e modificar comportamentos" (Glick; Burti; Okonogi; Sacks 1994).*

A eficácia de intervenções educacionais na esquizofrenia não é, contudo, um consenso. O estudo de Owens; Carroll; Fattah; Clyde; Coffey e Johnstone (2001) não demonstrou eficácia de um pacote de medidas educacionais para aumentar a adesão à medicação em pacientes com esquizofrenia, aplicado no momento da alta. Além disso, identificou uma relação entre o aumento do *insight* e ideias suicidas. O estudo de MacPherson; Jerrom; Hughes (1996) não encontrou melhoria na adesão após um aumento do *insight* decorrente de um programa educacional. Notou a importância da consolidação do conhecimento, além da simples informação. Três sessões educacionais foram mais eficazes para melhorar o *insight* que uma sessão apenas. Numa revisão



efectuada por Merinder (2000), apenas dois entre cinco estudos controlados reportaram um benefício significativo da intervenção educacional na adesão ao tratamento em pacientes com esquizofrenia.

Há dúvidas também sobre a capacidade dos programas de psicoeducação melhorarem *insight*. Na avaliação do *insight* em pacientes com esquizofrenia, antes e depois da aplicação de um programa de psicoeducação dirigido para a compreensão da doença e dos sintomas, não houve qualquer diferença de pontuação. Também não ocorreu diferença no grupo controle, onde os pacientes não receberam o programa de psicoeducação e discutiam entre eles as suas experiências subjectivas e em relação ao tratamento (Ascher-Svanum; Whitesel, 1999).

Numa revisão sobre psicoeducação e esquizofrenia (Cochrane review), não houve impacto no *insight* após a realização de programas de psicoeducação (Pekkala; Merinder, 2000).

Diversos estudos atestam que os pacientes são capazes de usar medidas cognitivas, tais como, falar racionalmente consigo mesmo ou identificar e nomear sintomas com a intenção de aliviar o sofrimento (Baier; Murray, 1999). Hatfield (1989) descreve diferentes formas usadas pelos pacientes para se adaptarem aos sintomas, diminuindo o stress.

Outra forma de tratamento relacionada com o *insight* é a terapia cognitiva comportamental (TCC), em pacientes com esquizofrenia. Os estudos de Drury; Birchwood; Cochrane; MacMillan (1996) trouxeram um suporte para a eficácia desta forma de tratamento para sintomas positivos agudos. Num seguimento de cinco anos comparando o grupo que recebeu a TCC, e outro que recebeu tratamento com actividades recreativas e suporte geral, não houve diferença quanto à taxa de recaída, tempo de internamento e tempo entre a alta do episódio índice e a primeira recaída. No entanto, o grupo com TCC produziu um benefício duradouro. Entre aqueles pacientes que não recaíram havia menos crenças delirantes residuais nos que receberam a TCC que no outro grupo (Drury et al., 2000).

Pelton (2001) descreve um programa para melhorar o *insight* na esquizofrenia, aplicado por enfermeiras e baseado nas técnicas da TCC. Neste programa os pacientes passam por seis sessões de terapia, com os seguintes objectivos pré-definidos: 1. explicações; 2. formulação do caso; 3. começar a lidar com os sintomas; 4. explorar as atitudes do paciente em relação ao tratamento (adesão); 5. começar a modificar as crenças ou atitudes centrais; 6. negociar um plano em caso de recaída. Além dos pacientes, um familiar era escolhido para passar por três sessões de terapia e ser educado para funcionar como co-terapeuta. Os resultados deste trabalho ainda não foram publicados.

Na revisão de Cochrane sobre os efeitos da TCC na esquizofrenia, há indícios dos seus benefícios, principalmente quanto à redução de sintomas, mas ainda não é possível considerá-la superior a outras formas de tratamento mais tradicionais (Cormac, 2002).

## **1.4. REVISÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAR O *INSIGHT* NAS PSICOSES**

### **1.4.1. VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL**

Vários instrumentos de avaliação têm sido criados para serem utilizados em pesquisas envolvendo diferentes temas relacionados à psiquiatria e saúde mental. Muitos destes instrumentos vêm sendo utilizados em culturas diferentes daquelas em que se originaram. Como este é um factor importante, devem ser tomados cuidados quanto à validade dos resultados gerados nos distintos locais onde são aplicados, e com a preocupação em relação à reprodutibilidade deste dados.

A aplicação de instrumentos em psiquiatria colaborou para a padronização de critérios diagnósticos (DSM-IV, CID-10, RDC, etc.), e com a obtenção de uma série de instrumentos de avaliação, sob a forma de entrevistas estruturadas, escalas de sintomas, testes, questionários, entre outros. Esta padronização tornou-se linguagem única entre profissionais nos vários campos da investigação e clínica em saúde mental. Contudo, Jorge (1998) considera que “esta padronização ignorou a determinação também cultural dos fenómenos mentais, baseada na crença de que a etiologia, manifestação clínica, evolução e prognóstico das perturbações mentais fossem universais na sua natureza e, portanto, independente da cultura”. Os factores sócio-culturais, pela influência decisiva no comportamento humano, devem ser tidos em conta quando se faz uma avaliação psiquiátrica. Isto inclui a linguagem utilizada no instrumento de avaliação, as relações interpessoais envolvidas durante a colheita dos dados, a técnica utilizada nesta colheita, as questões formuladas, as normas e tarefas requeridas, as escalas e os conceitos investigados.

A linguagem, a comunicação não-verbal e o comportamento interpessoal são os principais meios através dos quais os pacientes transmitem a sua sintomatologia. As diferenças entre pessoas de diferentes regiões geográficas, etnias ou classes sociais conferem ao dialecto um significado muito subjectivo, que pode prejudicar o entendimento de escalas, questionários ou testes psicológicos apresentados ao paciente. A incompatibilidade de significados provenientes de termos técnicos e profissionais também demonstra a necessidade de se levar em conta os factores culturais na utilização de instrumentos de avaliação em psiquiatria. Entrevistas em linguagem académica podem também limitar e prejudicar o bom desempenho da investigação.

Desta forma, instrumentos de avaliação desenvolvidos noutras culturas demandam um abrangente processo de tradução e adaptação, com a finalidade de se obter a equivalência cultural. Factores linguísticos e socioculturais devem ser considerados nesta equivalência cultural. Flaherty; Gaviria; Pathak; Mitchell; Wintrob; Richman; Birz (1988) recomendam, para este fim, cinco dimensões: equivalência semântica (mesmo significado), de conteúdo (itens relevantes), de

técnica (forma de alerta; forma de entrevista), de critério (mesma interpretação) e conceitual (mesmo constructo teórico).

Algumas das dificuldades encontradas na tradução e adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa podem ser contornadas se houver possibilidade de um reconhecimento prévio do indivíduo pelo investigador, uma relação mais personalizada que possa garantir uma confidencialidade, a adequação do entrevistador em relação às expectativas dos pacientes e familiares, o local e a finalidade da entrevista (Jorge, 1998).

#### **1.4.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO *INSIGHT* NAS PSICOSES**

Muita da literatura inicial, acerca do *insight* na esquizofrenia, foi baseada em estudos de casos que descreviam as crenças dos pacientes em relação à sua doença.

Enquanto que este método oferecia, por um lado, um contexto rico relativo à visão da auto-avaliação do paciente, por outro lado, oferecia algumas limitações a nível da validade científica.

Como resultado, os investigadores começaram por propor entrevistas standartizadas ou métodos de classificação standartizados.

As tentativas iniciais para medir o *insight* apoiaram-se em classificações globais imperfeitas que classificavam os pacientes como tendo “bom” ou “pobre” *insight* baseado na hipótese do paciente “negar vigorosamente que estava perturbado”.

Ao longo dos últimos 20 anos, e numa tentativa de fazer face a estas lacunas, foram desenvolvidas entrevistas semi-estruturadas que revelam uma evolução a nível da eficácia e validade psicométrica referente à medição do *insight*.

**1.** A primeira medida que foi usada foi o “*The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*” (ITAQ), desenvolvido por McEvoy et al. (1981). Este instrumento standartizado avalia o *insight* como um processo contínuo.

O ITAQ foi usado em amostras alargadas junto de pacientes com esquizofrenia e tem demonstrado ser seguro e válido. O ITAQ avalia o *insight* dentro das dimensões do reconhecimento da necessidade de tratamento e reconhecimento da doença. A definição que adoptam faz referência à correlação entre os juízos feitos pelos pacientes e pelos médicos.

É um questionário simples com 11 itens que avalia de uma forma geral: o reconhecimento da doença mental, a necessidade de cuidados de saúde e de tratamento. A resposta do paciente é medida como 2= bom *insight* ; 1= *insight* parcial e 0= não tem *insight* , obtendo-se uma pontuação que vai desde 0 (sem *insight* ) a 22 (*insight* máximo).

A classificação das pontuações é de 0 a 7 (falta de *insight* ), de 8 a 14 (*insight* parcial) e de 15 a 22 (bom *insight* ).

Este questionário inclui itens referentes ao reconhecimento da doença, a necessidade de hospitalização e a necessidade de medicação ou outro tratamento psiquiátrico.

Para o autor deste instrumento, o *insight* tem sido associado com a capacidade do paciente expressar vontade na toma da medicação e na menor probabilidade de hospitalização caso esteja no início de uma recaída (McEvoy et al., 1981).

A escala permite classificar o nível de *insight* e este é aqui entendido como um fenómeno multidimensional, se bem que não é contemplada a dimensão de como a pessoa doente compreende o que afecta a sua doença e a sua interacção com o ambiente.

O ITAQ emprega uma definição limitada do *insight* e não avalia muitos dos domínios psicológicos. O ITAQ é particularmente útil para avaliar a aceitação do diagnóstico e opiniões sobre se é ou não necessário tratamento.

Este questionário foi essencialmente desenvolvido para avaliar a relação entre o *insight* e a psicopatologia aguda na esquizofrenia em utentes internados.

Segundo McEvoy e cols. (1981), o *insight* tem sido associado à capacidade da pessoa doente expressar vontade na toma da medicação e na capacidade da mesma reconhecer que está no início de poder vir a sofrer uma recaída (Heinrich et al. 1985).

Estas descobertas sugerem que os utentes quando reconhecem a tempo que estão prestes a ter uma recaída e procuram imediatamente ajuda, estão mais habilitados a cooperar com o processo terapêutico e consequentemente capacitados a prevenir recaídas e (re)hospitalizações.

Um melhor *insight* na admissão não resulta, contudo, num menor tempo de internamento (Eskey, 1958) e os utentes com melhores resultados não foram associados como tendo melhor *insight* em relação aos pacientes que não melhoraram (McEvoy, 1989).

Esta medida de avaliação permite estabelecer um juízo relativo sobre a consciência que o paciente tem acerca do que lhe está a acontecer, considerando a sua experiência como um todo.

Apesar desta escala representar um progresso significativo na avaliação do *insight*, continua a ter uma visão tradicional. O *insight* é visto como um fenómeno unitário.

**2.** Greenfeld et al. (1989) propuseram um modelo multidimensional, cujas dimensões se relacionavam com a visão acerca dos sintomas, da existência de uma doença, das especulações acerca da própria etiologia, a vulnerabilidade das recaídas e as opiniões acerca do valor do tratamento. Estes autores desenvolveram uma avaliação essencialmente qualitativa de constructo dimensional.

Greenfeld e cols. (1989) efectuaram uma avaliação do *insight* mediante uma entrevista semiestruturada que foi obtida de um trabalho preliminar, onde se pedia a um grupo de indivíduos que falassem livremente da sua experiência e do seu tratamento.

Verificaram que as observações dos pacientes entravam dentro de cinco dimensões: a. discussão e descrição dos sintomas; b. opinião acerca dos sintomas serem ou não manifestação de uma doença; c. especulações acerca de qual a causa dos sintomas e da doença; d. opiniões acerca do tratamento e e. opiniões acerca da vulnerabilidade da recaída e prevenção da mesma.

Após este estudo piloto foi elaborado uma entrevista semiestruturada que incluía questões referentes a estas áreas.

Apesar dos resultados encontrados não permitirem rectificar as categorias gerais do *insight*, com este estudo piloto as características mais relevantes do *insight* caíam nestas cinco dimensões independentes.

Um aspecto que foi criticado nesta e noutras escalas deste tipo (David; Buchanan; Reed; Almeida 1992), é o facto de se exigir ao indivíduo a capacidade para explicar o seu ponto de vista acerca de temas complexos e ambíguos. A pontuação máxima nesta prova implica que o paciente descreva os sintomas com clareza e entenda perfeitamente o que significa o risco de recaídas. David e cols. (1992), interrogam-se a este propósito e levantam a questão: “*não se estará a introduzir o coeficiente intelectual em vez do insight ?*”

**3.** David (1990) apoiando-se na fenomenologia, na investigação clínica e na psicologia experimental, propõe que o *insight* não é apenas um fenómeno do “tudo ou nada”, mas que se compõe em três dimensões distintas:

- a. o reconhecimento de que se tem uma doença mental;
- b. a capacidade para identificar os acontecimentos mentais estranhos (alucinações e delírios) como patológicos;
- c. a adesão ao tratamento.

A dimensão relativa à adesão ao tratamento é baseada, segundo os autores, na evidência empírica prévia.

Estes autores (David e cols., 1992) criaram uma escala para avaliar estas dimensões, a *Schedule for the "Assessment of Insight"* (SAI). Um aspecto importante a destacar é que David (1990) no seu trabalho clássico sobre o *insight*, interessa-se por questões de carácter conceptual, reconhecendo que é necessário ter em conta modelos que expliquem o mecanismo básico do conhecimento, aspectos filosófico-epistemológicos e psicológicos que serão de grande importância para a complexa tarefa de conhecer e avaliar o *insight*.

David (1990) falou em três dimensões sobrepostas do *insight*: o reconhecimento de que a pessoa tem uma doença mental, a aceitação do tratamento e a capacidade de redesignar acontecimentos mentais pouco usuais, tais como alucinações e delírios, como patológicos.

A SAI explora o *insight* para além do conhecimento sobre a doença e necessidade de tratamento. Inclui também a avaliação das atribuições: e.g., a capacidade do paciente para classificar a morbilidade da sua experiência psicótica.

Contudo, a SAI original não avalia o reconhecimento que os pacientes têm de, e atribuição a, sinais e sintomas específicos. O seu foco centra-se sobretudo na avaliação do reconhecimento do paciente em ter uma doença mental, a necessidade de tratamento e a capacidade em redesignar certas experiências, comuns na psicose, como patológicas. Isto foi remediado pela versão mais extensa (Sanz et al., 1998).

David (1992) verificou que os utentes involuntários apresentavam mais sintomas e menos *insight* que os utentes voluntários.

Cada dimensão tem 2 ou 3 perguntas que se pontuam de 0 (*insight* pobre) a 2 (bom *insight*), sendo a pontuação máxima de 14.

A adesão ao tratamento pontua-se de 0 a 4, o reconhecimento de ter uma doença mental pontua-se de 0 a 6 e a identificação das experiências mentais estranhas, como patológicas, pontua-se de 0 a 4.

À escala adiciona-se uma questão complementar em que se avalia a capacidade do paciente em considerar o ponto de vista de outra pessoa (este item pontua-se de 0 a 4 e é adicionado à pontuação total, representado esta um máximo de 18 pontos).

Esta medida não considera, porém, como pode o *insight* variar de sintoma para sintoma, tal como não considera diferenças entre o *insight* actual e o retrospectivo na doença.

Esta escala é composta por 3 itens classificados numa escala de likert de 0 a 4 (0= sem *insight*; 4= *insight* total).

A escala completa-se através de uma entrevista tanto com o paciente como com as pessoas que se encontram junto dele (nomeadamente familiares).

A SAI conta com uma versão ampliada (SAE-E) que inclui itens sobre a consciência da mudança, dificuldades que resultam da perturbação mental e dos sintomas-chave (Kemp and Davis, 1997).

**4.** Amador e cols. (1991) propuseram também um modelo multidimensional. Para diminuir os problemas relatados anteriormente, Amador et al. (1993) desenvolveram uma escala, a "*Scale to assess Unawareness of Mental Disorder*" (SUMD) para avaliar a natureza multidimensional do *insight*. Utilizaram o termo *noção*, ao invés de *insight*, para quatro dimensões distintas e identificadas na maioria dos estudos sobre *insight*: (1) *noção* dos sinais e sintomas e consequências da doença; (2) atribuição geral e específica sobre os sintomas e suas consequências; (3) formação de um autoconceito e (4) defesa psicológica.

A ignorância em relação à doença reflecte-se no facto do indivíduo não ser capaz de reconhecer a presença de um défice específico ou sinal de doença, mesmo quando confrontado com ele por parte do examinador.

A atribuição (explicação) incorrecta reflecte a crença expressa do indivíduo de que esse défice específico, sinal, ou que a consequência da doença não provém de uma disfunção mental.

Para além da avaliação da *noção* (reconhecimento) e atribuição (explicação), a SUMD distingue uma *noção* (reconhecimento) e atribuição (explicação) actual e retrospectiva de: 1. ter uma doença mental; 2. sobre os efeitos da medicação; 3. as consequências da doença mental e 4. os sintomas e sinais específicos da doença.

A SUMD representa assim uma medida que avalia se o utente acredita no benefício que o tratamento pode trazer.

Numa revisão posterior Amador e cols. (1993) distinguiram apenas os componentes principais, isto é, o conhecimento e a atribuição da doença. Posteriormente o autor (Amador and cols., 1993) desenvolve junto de outros autores um trabalho em que eram consideradas novas dimensões: o conhecimento e a atribuição retrospectiva da doença/sintomas. A escala também está baseada nestas novas dimensões.

A avaliação do *insight* em relação a sintomas específicos oferece, pelo menos, dois importantes contributos: em primeiro lugar, pode providenciar dados para moderar variáveis úteis para estudos de estratégias psicoeducacionais (e.g. é mais provável que os pacientes não reconheçam sinais particulares); em segundo lugar, estas avaliações são teoricamente importantes, pois podem fornecer dados sobre a natureza da falta de *insight* ou *insight* pobre.

Vários estudos têm utilizado a SUMD por reconhecerem as boas propriedades psicométricas da escala. Ela demonstrou boa confiabilidade e validade quando comparada a outras mensurações que avaliam o *insight* para a doença (Amador et al., 1993).

Contudo, a SUMD pode não ser a medida apropriada do *insight* que cada um possa utilizar nos seus estudos.

Aspectos que vêm a complicar este processo é o facto de alguns utentes se recusarem a responder àquilo que eles percebem como questões intrusivas sobre o seu passado e sobre experiências relacionadas com a doença mental, sobretudo quando essas experiências deixaram com que a pessoa se sentisse estigmatizada.

De modo a contornar estes e outros problemas Selten; Wiersma e Van den Bosch, (2000) e Marková e Berrios (1992), desenvolveram escalas de avaliação para avaliar o *insight*.

**5.** Marková e Berrios (1992) indicam que o *insight* é mais do que um simples conhecimento aparente que o paciente pode ter acerca de si próprio e da sua doença, como é geralmente avaliado na entrevista psiquiátrica.

O *insight*, segundo estes autores, será uma forma de autoconhecimento que inclui o conhecimento do paciente acerca de si próprio (como se encontra) e da sua doença (o que se passa), pelo que é também o entendimento dos afectos que a sua doença provoca na interacção que o indivíduo estabelece com o mundo. Provavelmente existem diferentes modelos de *insight* para as diferentes perturbações psiquiátricas.

Marková e Berrios (1992) desenvolveram uma escala de auto-classificação do *insight*. Este instrumento baseia-se na premissa de que o *insight* é uma sub-categoria de auto-conhecimento em vez de ser uma característica independente das perturbações psicóticas.

É uma escala que consiste em 32 itens a que são respondidos sim, não ou não sei. Esta escala de *insight* tenta alargar a medição do fenómeno avaliando os défices de auto-conhecimento não só relacionados com a doença, mas também como a doença afecta a interacção da pessoa com o mundo.

O conceito de *insight* é aqui dividido em componentes que representam aspectos relevantes no auto-conhecimento da doença do paciente.

Esta medida de *insight* é conceptualmente mais alargada do que as referidas anteriormente, uma vez que vai além do *insight* na doença. O ênfase destes autores no conceito de *insight* como um processo dinâmico acrescenta outra dimensão importante que sugere que os défices de *insight* podem potencialmente indicar uma maior confusão acerca da auto-representação do paciente.

Enquanto a maior parte das medidas de *insight* focalizam-se no “ter uma doença mental” ou avaliar sintomas, Marková e cols. apresentam frases que foram referidas pelos utentes como: “sinto-me diferente do habitual” ou “quero saber porque razão é que me sinto assim”, para classificar o processo de *insight* como um *continuum* de auto-conhecimento.

Os utentes podem aperceber-se que ocorreu uma mudança dentro deles sem terem conseguido “rotular” esta mudança como uma doença mental.

A importância que Marková e Berrios dão ao *insight*, visto como um processo dinâmico, oferece uma contribuição importante para a compreensão da falta de *insight* ou de um *insight* pobre.

Investigações recentes têm tentado ver o *insight* como um sintoma identificável nas perturbações psicóticas. Ao mesmo tempo a falta de *insight* pode reflectir uma mais extensa perturbação de auto-representação do utente, como Marková e Berrios defendem. Nesse sentido, a *Insight Scale* (IS) encorajou a que fosse realizada uma maior investigação sobre o *insight* relacionando a complexidade das auto-experiências do indivíduo com perturbações psicóticas.

**6.** Vaz; Bejar e Casado (1997), no trabalho que realizaram sobre a consciência da doença e os sintomas positivos/negativos da esquizofrenia, destacam em que medida os diferentes quadros clínicos afectam a expressão do auto-conhecimento.

A exposição teórica destes autores enfatiza a dimensão dialéctica do *insight* quando resultante da confrontação do paciente com os seus valores sociais.

A consciência da doença poderia ser medida através de duas dimensões, por um lado a relação do sujeito consigo próprio, como variável interna, e por outro lado, como expressão da deterioração do contacto com o ambiente, isto é, como variável externa.

A dimensão interracial da consciência da doença obriga a ter uma atenção especial em relação ao contexto social que envolve o paciente, pois esse ambiente poderia ser um elemento chave na construção da consciência da doença e por essa razão um elemento decisivo no processo terapêutico.

**7.** A Escala de Sintomas Positivos e Negativos (“*The Positive and Negative Syndrome Scale*” – PANSS) tem um único item para avaliar o *insight* (PANSS, (S2)) que aparece na subescala da psicopatologia deral (item G12). O paciente é classificado numa escala de 1 a 7 com 1 a significar a “ausência ou falta de opinião e *insight*” e o 7 representando uma grande falta de opinião ou de *insight*. Apesar do PANNS ter recomendado provas de entrevistas designadas para deduzir diferentes dimensões de *insight*, a própria escala de classificação define o grau de *insight* unidimensionalmente.



Ao paciente são formuladas questões como: "*porque veio ao médico?*" "*Tem ou teve algum problema mental ou psiquiátrico?*" "*Precisa de medicação?*" "*Porquê?*" "*Quais são os seus planos para o futuro?*"

O item classifica-se em sete níveis que vão desde a ausência de problemas de *insight* (1) à perda extrema de *insight* (7). Os critérios que são considerados para a avaliação, entre outros, são a incapacidade para reconhecer a doença passada ou presente, a negação da necessidade de tratamento e decisões caracterizadas por pobre antecipação das consequências, entre outras.

**8.** O Exame ao Estado Presente ("*Present State Exam*" – PSE), também tem um único item para avaliar o *insight* (item 104) que marca as respostas a perguntas-provas como "*acha que existe alguma coisa que seja um problema para si?*".

A escala que vai de 0 a 3, com 0 a significar *insight* perfeito, 1 a indicar *insight* limitado e 2 denotando que o utente "concorda que tem um problema nervoso mas não aceita a explicação em termos de doença mental" e 3 a assinalar uma completa negação da condição.

Como no PANSS as desvantagens da medida PSE para o *insight* são: a inaptidão para detectar e registar pequenas diferenças e a sua confiança num item apenas fazem dela uma medida fraca psicometricamente.

**9.** Interessados nos sintomas negativos Selten; Sijben; Vanderbosh; Omloo; Visser e Warmendam (1993) desenvolveram a escala de auto-classificação que avalia a experiência subjectiva de sintomas negativos (SENS). Um entrevistador descreve cada sintoma ao paciente e depois pede ao mesmo para o classificar, isto em comparação com outras pessoas que não foram admitidas no hospital.

Designado para complementar a escala de avaliação de sintomas negativos (Andreasen, 1989), o SENS, permite ser uma simples medida de *insight* que pode ser comparada aos valores clínicos do entrevistador.

**10.** Tolor e Reznikoff desenvolveram um teste de *insight* (1960) que consistia em 27 situações hipotéticas. Este teste recorre ao uso de diferentes mecanismos de defesa e foi aplicado a estudantes e a pacientes psiquiátricos.

Segundo estes autores, através da capacidade de estimar a motivação nestas situações deduz-se a capacidade de *insight* e de autoconhecimento.

Embora original, a limitação do modelo e mesmo a construção psicométrica, imprime uma certa debilidade neste instrumento.

**11.** Cuesta e Peralta (1994) desenvolveram um índice da entrevista semiestruturada AMDP ("*Manual para la evaluacion e documentacion de la psicopatologia*", Guy y Ban, 1982).

Este instrumento avalia a psicopatologia e inclui 3 itens relativos à consciência da doença; falta de percepção em se estar doente; falta de *insight* e não adesão ao tratamento (itens 97, 98 e 99). Os itens pontuam-se numa escala de 0 a 3 em função da intensidade ou da frequência (ausente, leve, moderado ou intenso). Os itens 97 e 98 dirigem-se ao paciente e o 99 avalia-se mediante observação.

A soma das pontuações dos 3 itens oferece o índice da falta de *insight*.

Os autores informam da existência de uma alta correlação entre os 3 itens (0.61), uma consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach, 0,83) e a fiabilidade intraobservadores é de 0.68; 0.80 e 0.65, respectivamente.

**12.** Birchwood; Smith; Drury; Healy; MacMillan e Slade (1994) desenvolveu uma escala de *insight* ("*Self Report Insight Scale*") especificamente para avaliar um programa cognitivo e psicossocial de recuperação nas psicoses. Esta escala baseia-se em itens que se estendem aos 3 componentes que, segundo os autores, definem o *insight*, isto é, a necessidade de tratamento, a consciência da doença e a identificação correcta dos sintomas. O sistema de respostas é simples: sim, não ou não sei, e não requer de muito tempo para o seu preenchimento.

A pontuação da prova obtém-se somando cada componente, numa escala de 0 a 4, sendo a pontuação máxima de 12.

A evidência na sustentação da sua fiabilidade, validade e sensibilidade, foi testada numa amostra de 30 pacientes durante a recuperação de uma psicose aguda. A escala demonstrou ser de fácil aplicação e de simples compreensão.

Esta escala é uma medida rápida e aceitável e que pode ter aplicabilidade em investigações futuras sobre os cuidados agudos, na terapia cognitiva dos sintomas psicóticos e como método para aumentar as apreciações clínicas do *insight*.

**13.** As medidas clínicas do *insight* focalizam-se, primeiramente, na falta de consciência que um paciente tem em relação à sua doença mental e na necessidade para o tratamento (Beck, 1994).

Uma abordagem complementar vem a focalizar alguns dos processos cognitivos envolvidos na re-avaliação dos pacientes acerca das suas experiências anómalas e das suas interpretações específicas.

A escala cognitiva do *insight* de Beck ("*Beck Cognitive Insight Scale*" - *BCIS*) foi desenvolvida para avaliar o excesso de confiança na interpretação dada pelos pacientes acerca das suas experiências.

Esta escala conta com 15 itens e foi sujeita a uma análise. Gerou duas subescalas, uma de 9 itens de "auto-reflexão" e outra de 6 itens de "auto-certeza."

A escala demonstrou uma boa fiabilidade e os resultados obtidos sustentaram a sua validade. Contudo, foi sugerido uma investigação adicional dos processos cognitivos envolvidos em identificar e em corrigir as crenças e as interpretações erradas.

Em síntese, tanto os modelos categoriais ou contínuos e unitários ou multidimensionais dizem-nos que o *insight* centra-se numa ou em ambas as componentes: conhecimento da doença mental e conhecimento da necessidade ou benefício do tratamento.

Existem actualmente ainda poucos trabalhos que foram capazes de aprofundar o conceito de *insight* (Amador e cols., 1991; Greenfeld e cols., 1989; Marková e Berrios, 1992; Vaz e cols.,

1997). Esta limitação deverá tornar-se extensível ao momento de transferir o conceito às abordagens empíricas.

A proposta será o potenciar o desenvolvimento de um modelo teórico que sustente e oriente o trabalho científico de modo a melhorar o leque de conhecimentos acerca do *insight*.

#### **1.4.3. COMPARAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS PARA AVALIAR O *INSIGHT***

Num trabalho realizado recentemente, comparou-se a produtividade das diferentes escalas que avaliam o *insight*: ITAQ, SAI, a versão alargada da escala de *insight* de Berrios e Marková e o item do *insight* da PANSS (Sanz e col., 1998).

Estes autores avaliaram a respectiva intercorrelação e a relação de cada escala com a sintomatologia, psicopatologia e outras variáveis clínicas, como o número de hospitalizações, adesão ao tratamento, internamento involuntário e conhecimento sobre os efeitos da medicação.

Consideraram também a influência do dano cognitivo incluindo a disfunção do lóbulo frontal sobre o *insight*.

As conclusões deste estudo indicaram que existia uma alta correlação entre as escalas, à excepção da escala de Berrios e Marková, segundo os autores porque inclui aspectos do autoconhecimento menos relacionados com uma definição clínica mais simples do *insight*.

No estudo das variáveis clínicas encontrou-se uma correlação inversa entre o *insight* e a gravidade da psicopatologia que reflecte todas as escalas, os grupos de diagnósticos são bem diferenciados pela SAI, ao contrário do que acontece com outras escalas.

Em relação à adesão ao tratamento, todas as escalas, excepto a de Marková e Berrios, mostraram uma correlação positiva.

O número de hospitalizações apenas mostrou uma correlação significativa com a escala de Marková e Berrios.

Ao considerar a voluntariedade do ingresso somente o ITAQ mostrou diferenças significativas entre os grupos.

Por último, ao se comparar as escalas de *insight* com os testes neuropsicológicos verifica-se que os resultados foram concordantes para todas elas e não se encontra correlação entre o *insight* e os défices neuropsicológicos.

Este trabalho pretende mostrar os problemas existentes para a avaliação do *insight*, porém, como se observa em vários trabalhos, os resultados não são conclusivos, apesar de se encontrar uma correlação entre as escalas. Contudo, os resultados que são obtidos no estudo das variáveis são diferentes.

Como afirmam Marková e Berrios (1995), e também Vaz e cols. (1997), antes do desenvolvimento de qualquer instrumento é necessário ter em conta um marco teórico que

estabeleça os postulados acerca do *insight* para que se estude o fenómeno clínico com um instrumento que incorpore as dimensões relevantes deste fenómeno.

Neste sentido é a dimensão interrelacional aquela que tem sido menos considerada na maioria dos estudos de avaliação.

Daqui se depreende que o desenvolvimento da metodologia de avaliação deve fazer-se introduzindo, não apenas as variáveis próprias do paciente, mas também as que têm a ver com a sua interacção com o ambiente.

Qualquer método que pretenda avaliar o reconhecimento da doença tem que ter em atenção a cultura individual e a subcultura de cada indivíduo.

Estudos realizados pela OMS sugeriram que o *insight* pode ser medido transculturalmente.

Johnson e Orrell examinaram os registos de 357 utentes internados e compararam variáveis demográficas incluindo o género, a idade, história psiquiátrica anterior e origem étnica, com comentários que descreviam os níveis de *insight* de cada utente. A classificação destes comentários indicavam pouco ou nenhum *insight*, *insight* parcial ou *insight* total. Johnson e Orrell concluíram que os pacientes caucasianos mostravam um maior *insight* do que os pacientes de minorias étnicas. Apenas 47% dos pacientes caucasianos britânicos, comparados com 70% dos pacientes de outros grupos étnicos minoritários, foram vistos como tendo pouco ou nenhum *insight*.

Johnson e Orrell consideram também a possibilidade dos pacientes originários de grupos sociais onde a doença mental é especialmente estigmatizada terem maior probabilidade de negar a sua doença ou que grupos socioculturais diferentes poderem hospedar modelos diferentes de doença mental da psiquiatria ocidental. Os autores também sugerem que os pacientes de minorias étnicas podem não ser admitidos nos hospitais a não ser que estejam mais gravemente doentes do que os pacientes caucasianos britânicos e que os pacientes que estão mais gravemente doentes apresentam um *insight* mais pobre.

A possibilidade mais importante de uma perspectiva metodológica diz respeito a uma possível tendência sociocultural relacionada com a classificação do *insight*.

Talvez, como Johnson e Orrell apontaram, utentes de minorias étnicas sejam provavelmente vistos pelos clínicos como tendo falta de *insight*. Se assim for, precisamos de compreender as causas de tais distorções, bem como os meios para as corrigir.

Para isso, é fundamental uma investigação mais aprofundada sobre os aspectos transculturais do *insight*.

Factores socioculturais podem influenciar as perspectivas dos utentes sobre eles próprios. Este factor pode também influenciar a compreensão por parte dos investigadores acerca do que é entendido por sintomas psicóticos. Apesar dos factores socioculturais serem importantes de ser analisados, pois encontram-se relacionados com todos os aspectos da avaliação psiquiátrica, eles parecem especialmente pertinentes para a avaliação de experiências potencialmente culturais do indivíduo que constituem a compreensão do *insight* em perturbações psicóticas.

#### 1.4.4. A ESCOLHA DO INSTRUMENTO

É importante que os investigadores continuem a aperfeiçoar a metodologia existente e que dirijam esforços para que esta área progrida. Porém, tem-se constatado que uma parte substancial dos estudos publicados abarcaram resultados que são muitas vezes difíceis de interpretar ou de comparar com outros estudos.

Alguns desses estudos falam-nos das relações entre os aspectos do *insight* e as variáveis clínicas. Factores referentes à adesão à medicação, ao funcionamento psicossocial e ao desempenho neuropsicológico, revelaram aparentemente resultados contraditórios. Na maior parte das situações esta divergência entre os resultados fica a dever-se ao facto de não se terem clarificado as diferenças entre as medidas usadas nos estudos.

Deste modo, tem sido difícil chegar a conclusões suficientemente válidas a partir dos resultados revelados por estes trabalhos, uma vez que muitos deles não usaram medidas de *insight* de confiança. Apesar de se ter registado um progresso nesta área, o problema continua a existir.

De seguida serão comparados vários métodos de avaliação do *insight*, com particular atenção para as qualidades e fraquezas psicométricas de cada um, de maneira a que os investigadores possam estar mais aptos a comparar os resultados dos seus estudos com outros resultados em que tenham sido usadas medidas diferentes.

Ghaemi e Pope (1994) afirmam que a “definição e avaliação do *insight* não se encontram standartizadas em vários estudos, daí que ao comparar-se uns estudos com outros possa ser enganador”.

É importante realçar alguns exemplos que contenham estes aspectos devidamente clarificados e que se estão a encorajar.

Um desses exemplos pode ser encontrado num relatório realizado por Michelakeas; Skoutas e Charalambous (1994). Neste relatório, os autores começam por salientar aspectos que envolvem o conceito de *insight*, colocando a própria metodologia numa perspectiva histórica e conceptual.

A descrição que efectuaram acerca dos métodos utilizados para investigar a relação entre aspectos particulares do *insight* e variáveis clínicas, foi detalhada e concisa: e.g. quando interpretaram as diferenças no *insight* entre grupos de utentes em que “o resultado pode ser devido ao instrumento utilizado (ITAQ), que se centra nos aspectos de se estar doente e com a necessidade de tratamento”.

Compete-nos a todos seguir o exemplo de David e cols. (1995) quando escreveram: “o *insight* visto pelo PSE” (p. 626). Não se escreveria sobre “défices cognitivos” ou “sintomas negativos”, sem que se tivessem sido clarificados quais défices e sintomas e qual o instrumento utilizado para avaliar.

Swanson; Freudenreich; McEvoy; Nelson; Kamaraju e Wilson (1995) realizaram uma observação respeitante ao facto dos aspectos do *insight* diferirem nas pessoas com mania VS esquizofrenia. Na discussão dos resultados, eles apontaram que “quando estão muito doentes, os pacientes maníacos não atribuem nenhum dos seus sintomas a uma doença mental” (p.754) e que este aspecto do *insight* não é tão grave como nas pessoas que têm esquizofrenia.

Ao longo da última década constatou-se que existem inúmeras dimensões do *insight* dentro da doença. Aquilo que devemos ter em atenção, de acordo com os problemas e limitações que têm sido descritas, é que a avaliação do *insight* e a sua descrição na literatura deve ser específica para que tenha um significado (Amador and Seckinger, 1997).

Descrever os aspectos do *insight*, quando se está interessado em avaliar, tem vantagens quando se está a caracterizar amplamente este fenómeno.

O primeiro passo para se decidir qual o instrumento a utilizar para determinado estudo é compreender o que cada escala avalia e não avalia tendo em conta os objectivos do estudo. Essa informação poderá ser obtida através da figura que se segue.

MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO <i>INSIGHT</i>	NÚMERO DE ITENS	TIPO DE ESCALA
The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) Amador and Strauss, 1990	74	Nem todos os itens são avaliados para todos os pacientes Likert
<i>Insight</i> and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ) McEvoy et al., 1989	11	Todos os itens são importantes Dicotómica
Schedule to Assess the Components of <i>Insight</i> (SAI) David, 1990	3	Nem todos os itens são avaliados para todos os pacientes Likert
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) <i>insight</i> item (G14) Kay et al., 1987	1	Item importante para todos os pacientes Likert
Present State Exam (PSE) item 104 Wing et al., 1974	1	Item importante para todos os pacientes Likert
Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology (AMDP System) Guy and Ban, 1982	3	Todos os itens são importantes Dicotómica
Soskis Scale Soskis and Bowers, 1969	6	Todos os itens são importantes Dicotómica
A self-report <i>Insight</i> Scale for Psychosis (IS) Birchwood et al., 1994	3	Todos os itens são importantes Likert
The <i>Insight</i> Scale (self-report) Marková et al., 1992	32	Todos os itens são importantes Dicotómica
The <i>Insight</i> Scale (self-report): a re-standardization of a New Scale Marková et al., 2003	30	Todos os itens são importantes Dicotómica
Escala de Avaliação do <i>Insight</i> e Identificação das Necessidades em Pessoas com Psicoses. Cardoso, Ana; 2005	15	Todos os itens são importantes Dicotómica

Figura 2. Características básicas das medidas de avaliação do *insight*

Em circunstâncias em que existam estudos precedentes compete ao investigador começar por instrumentos que já tenham sido usados para aumentar a comparabilidade dos estudos.

O investigador deve assim escolher o instrumento que seja mais relevante de acordo com as suas hipóteses de estudo.

Para aumentar a comparabilidade entre os estudos é preferível utilizar mais do que uma medida de *insight*. Utilizar medidas complementares de *insight* envolve um esforço adicional mínimo, enquanto que as vantagens são muitas.

DIMENSÕES DO <i>INSIGHT</i> AVALIADAS E REFLECTIDAS NA CLASSIFICAÇÃO	SUMD	ITAQ	PANNS	SAI	PSE
Aceitação da doença	√	√	√	√	√
Consciência em ter uma doença mental	√			√	
Reconhecimento da necessidade de tratamento		√		√	
Consciência dos benefícios do tratamento	√				
Atribuição dos benefícios do tratamento	√	√			
Consciência dos sinais e sintomas	√			√	
Reconhecimento correcto da experiência psicótica				√	
Consciência das consequências sociais em ter um doença mental	√				
Julgamento pobre			√		
<b>ASPECTOS TEMPORAIS</b>					
Um ou mais aspectos do <i>insight</i> são avaliados correctamente	√	√	√	√	√
Um ou mais aspectos do <i>insight</i> são avaliados passado algum tempo	√	√			
Um ou mais aspectos do <i>insight</i> são avaliados em relação ao prognóstico do doente para o futuro		√			

SUMD - *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (Amador and Strauss, 1990)

ITAQ - *Insight and Treatment Attitude Questionnaire* (McEvoy et al., 1989)

PANSS - *Positive and Negative Syndrome Scale* (Kay et al., 1987)

DSAI - *Schedule to Assess the Components of Insight* (David, 1990)

PSE - *Present State Exam* (Wing et al., 1974)

Figura 3. Método de avaliação das dimensões do *insight*

## CAPÍTULO III

### 1. OBJECTIVOS E HIPÓTESES

#### 1.1. FUNDAMENTAÇÃO

Os fundamentos para a execução deste estudo assentam em três pressupostos distintos, mas complementares. Em primeiro lugar, o motivo principal está relacionado com as motivações pessoais, em segundo lugar, pelo desafio considerado em estudar um tema tão complexo como aquele que representa o *insight* nas psicoses. Por último, pela possibilidade de, ao estudar este tema, possibilitar uma compreensão mais detalhadas que vise a sensibilização e a orientação de esforços no sentido de, cada vez mais, ir ao encontro das necessidades das pessoas doentes.

Posto isto, é de salientar que este campo de investigação permaneceu pouco explorado durante muitos anos na comunidade científica. Apenas na última década este fenómeno passou a ser alvo de inúmeras investigações.

A compreensão mais detalhada deste tema, através do estudo de eventuais variáveis clínicas e sociodemográficas que a ele possam estar associadas, poderá, assim, levar ao desenvolvimento de abordagens específicas e à compreensão do conceito.

Neste sentido, também um número significativo de instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar o *insight* nas perturbações psicóticas. Se é um facto que os instrumentos que têm sido elaborados, e que foram detalhadamente caracterizados num capítulo anterior deste trabalho, representam avanços significativos na abordagem e na compreensão deste fenómeno, os resultados obtidos dessas investigações são algo incongruentes, devido, não somente à complexidade do tema, mas também à dificuldade em definir o termo e objectivar o mesmo.

Daí que seja fundamental, na escolha do instrumento que se vai utilizar, a definição do conceito e dos objectivos que se pretendem alcançar. Sem esta complementaridade conjunta, continuamos a correr o risco de produzir estudos com resultados pouco válidos.

Estes critérios dependem, em parte, das motivações pessoais de cada investigador, bem como da sua formação teórica. O objecto do *insight* é, por definição, diferente em relação às diferentes disciplinas. Dentro da psiquiatria clínica, por exemplo, o objecto da avaliação do *insight*, refere-se geralmente à doença mental ou/e aos sintomas (apesar de muitas vezes não haver sequer esta distinção). Nas disciplinas neurológicas o objecto de avaliação do *insight* tende a referir-se a anormalidades neurológicas ou défices neuropsicológicos. Na psicoterapia psicodinâmica o objecto do *insight* pode referir-se a processos mentais e na *gestalt*, influenciada pela psicologia cognitiva, é definido em termos de rotinas específicas de resolução de problemas, e



por aí adiante. Estas diferenças de objecto de avaliação do *insight* não reflectem apenas diferenças em termos do conteúdo, mas reflectem também diferenças mais profundas na sua estrutura.

Por outras palavras, os "objectos" da avaliação do *insight* encontram-se embebidos num suporte teórico, ele próprio só compreensível em termos da história da própria disciplina.

É em virtude desta diferença profunda entre "objectos" de avaliação do *insight*, em relação às diferentes disciplinas, que o "objecto" vai exercer o seu efeito diferencial no fenómeno do *insight*.

O *insight* deve ser visto como um conceito relacional e intencional, isto é, deve ser compreendido na sua relação com algo e esse algo é que irá ser considerado o objecto do *insight*.

Compreender mais sobre a natureza e a especificidade do fenómeno possibilitará com que os resultados atingidos nos estudos empíricos sejam mais consistentes.

Nos últimos anos, e tal como foi referido anteriormente, tem-se constatado um interesse crescente na exploração empírica do *insight* em pessoas com perturbações mentais graves e variáveis clínicas, sociodemográficas, neuropsicológicas e neuroanatômicas. Os resultados obtidos desses trabalhos têm sido, à luz do que tem sido aqui exposto, algo contraditórios. Por exemplo, em relação à associação entre *insight* e gravidade da psicopatologia, alguns estudos com pacientes com psicose demonstraram uma relação significativa, enquanto que outros não encontraram qualquer associação desse tipo.

O conceito de *insight* refere-se ao *insight* como um todo, incluindo uma estrutura complexa e multidimensional com barreiras vastas e pouco claras. Isto encontra-se reflectido numa variedade de diferentes definições oferecidas pelos investigadores da área (ver capítulo 1, ponto 2, Conceptualização).

De acordo com a finalidade deste trabalho, poderemos definir o *insight* dos pacientes como uma forma de auto-conhecimento dos mesmos, em relação à doença ou alteração que os afecta, incluindo não apenas a percepção de um estado patológico particular afectado, mas também como esse estado se pode manifestar nos vários contextos.

Assim, a par de outros trabalhos, esta concepção do *insight* pode ser vista como incorporando dois aspectos distintos e complementares: a consciência de alguma mudança percebida pelo próprio indivíduo e a elaboração dessa alteração acerca do significado que lhe foi atribuído.

Contudo, o que é prontamente evidente nesta conceptualização do *insight* é, não apenas a provável complexidade da sua estrutura, mas também a ausência de uma definição clara que incorpore os seus limites. Por outras palavras, o que constitui o conhecimento acerca de um particular estado patológico? Quanta informação ou quantos factos deve o indivíduo saber? Até que ponto devem os pacientes estar aptos em compreender como estão afectados e de que modo podem ter mudado em relação a si próprios ou na sua capacidade de se relacionarem com o que os rodeia?

Devido a toda esta complexidade, seria irrealista esperarmos capturar clinicamente (i.e. em termos de entrevista clínica e/ou questionários) o conceito de *insight* na sua integridade. É por isso mesmo necessário fazermos uma distinção entre o conceito (estrutura teórica – o que constitui o *insight* ; que tipo de coisas achamos importantes compreender) e o fenómeno (aspectos clínicos – o que captamos clinicamente; que aspectos queremos medir).

Para além disso, é importante reconhecer que o fenómeno pode não ter uma relação simples e directa com o conceito teórico de *insight* . Assim, o paciente não tem apenas de construir uma espécie de julgamento referente à sua patologia, mas precisa também de articular esse entendimento.

Similarmente, o clínico terá que construir a sua avaliação do *insight* e direccionar a sua abordagem, baseando-se na interpretação das necessidades e no comportamento do paciente.

Também estes aspectos são fundamentais de serem considerados, uma vez que ajudam a compreender o fenómeno do *insight* enquanto reflexo de um aspecto teórico do conceito, manifestado na relação terapêutica estabelecida entre clínico-paciente.

Esta investigação procura, apesar das inevitáveis limitações, articular esses pressupostos teóricos e oferecer um pequeno contributo nesse domínio.

## **1.2. DEFINIÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO**

Na sequência do que ficou exposto na secção introdutória, define-se o objecto de estudo de campo da seguinte forma: avaliação do *insight* em pessoas com psicose.

As doenças mentais consideradas são: esquizofrenia, perturbação esquizoafectiva e perturbações psicóticas agudas e transitórias. O termo *insight*, de acordo com a abordagem teórica e com os instrumentos de avaliação utilizados, relata menos as mudanças vividas em relação à doença, e mais a actual consciência e articulação de tais mudanças.

Pretende-se, a partir do conhecimento do perfil de *insight* de cada sujeito, orientar esforços no sentido de ir ao encontro das necessidade de modo a possibilitar uma compreensão interna profunda e que vá para além da consciencialização em relação à perturbação mental.

Esta avaliação e compreensão, deverá fomentar a participação activa de cada indivíduo ao longo do seu processo de recuperação.

### **1.3. OBJECTIVOS DO ESTUDO**

#### **A. OBJECTIVO PRINCIPAL:**

a.1. Contribuir para a validação de um instrumento e saúde mental sobre a avaliação do *insight* nas psicoses: "*Assessment of Insight in Psychosis: A Re-Standardization of a New Scale*", de Marková et al. (2003).

#### **B. OBJECTIVOS ADICIONAIS:**

b.1. Avaliar o *insight* de pessoas com diagnóstico de psicose através de uma abordagem multidimensional;

b.2. Aferir a validade do conceito *insight* através da exploração de eventuais associações entre as variáveis clínicas e sociodemográficas;

b.3. Contribuir para o desenvolvimento de uma (nova) abordagem ao conceito de *insight*, englobando a revisão efectuada ao tema e incluindo outras dimensões do fenómeno.

### **1.4. TIPO DE ESTUDO**

Para concretizar o objectivo principal, planeou-se um estudo descritivo.

Os objectivos adicionais foram explorados com base nos resultados desse mesmo estudo, sujeitos a análise estatística univariada e multivariada com apoio do software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 14.0.

### **1.5. IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO**

Foram seleccionadas as seguintes variáveis:

- **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PESSOAS DOENTES E OUTRAS**

1. Idade
2. Sexo
3. Raça
4. Estado civil
5. Classe social
6. Habilitações literárias
7. Pessoas com quem vive
8. Consumo de substâncias

- **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FUNCIONAIS DAS PESSOAS DOENTES**

1. Diagnóstico
2. Duração da doença
3. Tratamento psiquiátrico (anos)
4. Outro acompanhamento para além do médico
5. Antecedentes psiquiátricos
6. Situação laboral actual
7. N.º de crises
8. Regime actual
9. N.º de internamentos anteriores
10. Tratamento farmacológico

## **1.6. HIPÓTESES**

De acordo com os objectivos adicionais definidos, e atendendo às características e especificidade dos instrumentos utilizados, foram consideradas as seguintes hipóteses:

### HIPÓTESE 1

Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e o estado psicopatológico;

### HIPÓTESE 2

Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e os sintomas positivos;

### HIPÓTESE 3

Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e os sintomas negativos;

### HIPÓTESE 4

Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e os sintomas depressivos;

### HIPÓTESE 5

Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e os sintomas maníacos;

### HIPÓTESE 6

Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e o seu funcionamento global;

### HIPÓTESE 7

Existe uma correlação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e o regime de tratamento;

### HIPÓTESE 8

Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e o tipo de tratamento recebido.

## **CAPÍTULO IV**

### **1. MÉTODOS**

#### **1.1. LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO-ALVO**

A realização do trabalho de campo teve lugar no Hospital Miguel Bombarda.

Um dos pressupostos da investigação é verificar se existem diferenças significativas entre o nível de *insight* consoante o regime de tratamento. Assim sendo, foram incluídos neste estudo utentes do Hospital Miguel Bombarda que preenchessem os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia, perturbação esquizoaffectiva e perturbações psicóticas agudas e transitórias (segundo o ICD 10), e que se encontrassem em regime de tratamento ambulatorial, hospital de dia ou internamento. Subdividiu-se o regime de internamento em: internamento de longa duração (mais de dois anos) e internamento de curta duração (menos de dois anos).

A amostra procurou incluir pacientes com variabilidade, tanto no tempo de doença como na gravidade da mesma, possibilitando ser o mais abrangente possível. Houve o cuidado de verificar se os pacientes não se encontravam em fase de descompensação psicótica. Daí que, para os pacientes internados, a entrevista tivesse sido efectuada durante os períodos de estabilização, coincidente com o aproximar da alta hospitalar.

#### **1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram incluídos neste estudo:

1. pacientes que preenchessem os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia, perturbação esquizoaffectiva e perturbações psicóticas agudas e transitórias (CID 10);
2. pacientes que se encontrassem em tratamento no Hospital Miguel Bombarda em regime de internamento, ambulatório, hospital de dia ou residência comunitária. Foi distribuído ao técnico responsável um documento a explicar o que haveria de ser dito para solicitar a participação dos utentes no estudo (ANEXO V);
3. pacientes que tenham consentido participar no estudo, tendo sido devidamente esclarecidos acerca dos objectivos da investigação contidos na carta de informação (ANEXO VI) e tendo assinado o termo de consentimento informado (ANEXO VII);
4. pacientes que não possuíssem nenhum défice de audição e/ou fala, que dificultasse ou prejudicasse o desenvolvimento da entrevista;
5. pacientes com idade entre os 18 e os 55 anos;

### **1.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos neste estudo:

1. pacientes em mutismo, negativismo ou agitação psicomotora que impeçam a condução da entrevista;
2. pacientes com história de doença neurológica;
3. pacientes que, após leitura da carta de informação, se recusem a participar no estudo;

### **1.4. CONDUÇÃO DO ESTUDO**

O trabalho de campo teve lugar entre 2 de Novembro de 2005 a 11 de Setembro de 2006.

Foram recrutadas as pessoas que se encontrassem em tratamento do Hospital Miguel Bombarda, nos regimes e com o diagnóstico segundo os critérios anteriormente definidos.

Cada um dos indivíduos era abordado ou pelo técnico responsável ou directamente pelo investigador (após parecer favorável do técnico responsável).

A altura e o local da aplicação dos instrumentos, variavam de acordo com o regime de tratamento.

### **1.5. ESTUDO PILOTO**

O estudo principal foi precedido de um pré-teste, para aplicação da *Insight Scale* de Marková et al., 2003 (numa amostra de conveniência de 25 pessoas).

O mesmo aconteceu, também junto do mesmo número de sujeitos, para o instrumento original que aqui apresentado, "*escala de avaliação do insight e identificação das necessidades em pessoas com psicose*".

### **1.6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

As limitações sentidas ao longo do estudo reflectiram-se na fase em que foi necessário estabelecer contacto directo com os profissionais de saúde da instituição, que trabalhassem noutros serviços, de modo a obter a colaboração dos mesmos para a recolha da amostra em diferentes *settings*, tanto quanto possível.

A disponibilidade dispensada nem sempre foi a mais favorável o que dificultou e limitou a diversidade da amostra quanto aos diferentes regimes de tratamento abrangidos.

Este aspecto provocou com que o tempo definido para a recolha da amostra tivesse sido maior do que o inicialmente previsto.

### **1.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Foi dado a conhecer junto do Conselho de Administração deste hospital o resumo e os objectivos do estudo. Foi posteriormente solicitado à comissão ética desta instituição, a autorização necessária para a realização deste trabalho.

Todos os pacientes incluídos foram informados acerca dos objectivos da investigação, tendo sido lida a carta de informação (ANEXO VI) e assinado o termo de consentimento informado (ANEXO VII).

### **1.8. CARACTERIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS** (apresentados segundo a ordem da sua aplicação)

#### **1.8.1. ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA (AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA) (ANEXO VIII)**

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram obtidas através de uma entrevista semi-estruturada simples, que explorou a natureza correlacional dos resultados referentes ao nível de *insight*.

Para além da informação obtida junto de cada utente, através da entrevista, foi necessário, em alguns casos, obter informação junto dos técnicos de referência, familiares e dos processos clínicos.

#### **1.8.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE – BPRS (ANEXO IX)**

Nestas duas últimas décadas surgiram várias teorias na esquizofrenia que referem a dicotomia positivo/negativo. Essas teorias tentam integrar a fenomenologia descritiva, o conhecimento clínico/psicopatológico com dados neuroquímicos, anatómicos e fisiopatológicos.

Com o objectivo de suprir a falta de um instrumento com melhor padronização psicométrica para estudar a fenomenologia da esquizofrenia, desenvolveram-se vários

instrumentos, entre eles o "*Brief Psychiatric Rating Scale*" (BPRS), Ventura; Green; Shaner & Liberman, (1993).

Foi desenhado por Overall e Gorham (1962) com o objectivo de avaliar a resposta ao tratamento farmacológico em pessoas com psicose, pelo que é também utilizada para o diagnóstico e classificação psicopatológica predominante. É uma escala que permite também a avaliação dos sintomas positivos e negativos.

Os sintomas avaliados pela escala encontram-se representados por um único item (por exemplo, delírio; perturbações formais do pensamento).

O instrumento é de fácil aplicação e demora, mais ou menos, 45 minutos. É uma das escalas de avaliação dos sintomas mais utilizadas, uma vez que tem demonstrado validade nos resultados constados nos vários estudos clínicos. Este instrumento permite a obtenção de 24 variáveis clínicas classificadas numa escala de gravidade de likert de 7. A análise factorial mostra cinco componentes principais: ansiedade/depressão; energia, perturbação do pensamento; agitação e hostilidade. Vários estudos têm demonstrado uma concordância com outras escalas que avaliam sintomas psicóticos (positivos e negativos) assim como com a pontuação total.

São avaliados neste instrumento diversos sinais/sintomas, atribuindo-se uma pontuação para a presença e gravidade dos mesmos. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade.

Bech et al. propuseram alguns pontos de corte para a pontuação total: 0 a 9 pontos haveria uma "ausência de síndrome", de 10 a 19 ter-se-ia uma "síndrome menor" e com 20 ou mais pontos ter-se-ia uma "síndrome maior". As pontuações estão distribuídas do seguinte modo: 0= não avaliado; 1= ausente; 2= muito ligeiro; 3= ligeiro; e 4= moderado; 5= moderadamente grave; 6= grave e 7= extremamente grave.

Atendendo aos objectivos desta investigação, os itens avaliados foram agrupados em seis *clusters* de acordo com as definições desses sintomas que são habitualmente aceites, distribuídos da seguinte forma: sintomas positivos: grandiosidade (8), desconfiança (9), alucinações (10), conteúdo insólito do pensamento (11), desorganização conceptual (15) e maneirismos; sintomas maníacos: humor exaltado (7), desorientação (14), tensão (19), excitabilidade (21), distrabilidade (22) e hiperactividade motora (23); sintomas negativos: negligência da própria pessoa (13), embotamento afectivo (16), ressonância afectiva (17) e lentificação motora (18); sintomas depressivos: depressão (3); tentativas suicidárias (4) e sentimentos de culpa (5); resistências do paciente ao tratamento: hostilidade (6) e ausência de colaboração (20); sintomas de ansiedade: preocupação somática (1) e ansiedade (2).

Neste estudo foi utilizada a versão ampliada (4.0.) de Joseph Ventura et al., traduzida para a população portuguesa por Almeida; Gusmão; Talina e Xavier (1996).



### **1.8.3. INSIGHT SCALE**

Este estudo propõe-se avaliar a fiabilidade e validade da tradução portuguesa da escala "*Assessment of Insight in Psychosis: A Re-Standardization of a New Scale*", Marková et al., 2003 (ANEXO III).

Procedeu-se, numa 1ª fase, à validação semântica e à análise estrutural confirmatória do instrumento, bem como ao estudo da coerência interna dessa mesma estrutura e da sua fiabilidade em termos de estabilidade temporal, a fim de se deter sobre os aspectos da sua validade.

Para o efeito procedeu-se à tradução e verificação dos procedimentos descritos como adequados.

A tradução inicial, efectuada a partir do original inglês, foi levada a cabo de modo independente por duas pessoas fluentes nessa língua. De seguida procedeu-se à comparação dos resultados. Debateram-se as pequenas discrepâncias encontradas entre as duas versões obtidas como forma de alcançar uma versão de consenso. O debate incidiu, sobretudo, sobre as séries sinonímicas de maneira em optar, onde possível, por termos de uso corrente, sem com isso prejudicar a necessária equivalência conotativa.

Essa primeira versão do questionário foi então submetida a uma série de pequenos estudos piloto em que aos entrevistados, neste caso utentes, era pedido que enunciassem as suas dúvidas sobre o significado das questões. Em resultado deste *feedback* vieram a ser feitas correcções pontuais em alguns itens, de modo a reduzir as ambiguidades onde e quando possível.

Junto dos técnicos foram realizados grupos focais. Ao todo realizaram-se 5 grupos. Cada grupo focal foi conduzido pelo investigador responsável que explicou os objectivos do estudo e justificou a necessidade desses encontros. Participaram nestes grupos focais profissionais de várias áreas (psicologia, psicopedagogia, assistência social, terapia ocupacional, enfermagem e psiquiatria), que trabalham directamente junto de pessoas com diagnóstico de psicose.

A cada participante foi distribuído um documento (ANEXO I, 1ª parte) que continha a versão original da escala inglesa "*Assessment of Insight in Psychosis*", Marková et al., 2003 e a respectiva tradução portuguesa.

Foi solicitado a cada participante que avaliasse a adequação da tradução efectuada e que, em caso de não concordar, referi-se a sua sugestão.

Devido à complexidade do fenómeno, e aproveitando o facto de estarem reunidos profissionais de várias áreas, a segunda parte de cada grupo focal serviu para obter a opinião de cada elemento acerca de eventuais dimensões do *insight* não contempladas na escala original inglesa e que, por ventura, poderiam ser abrangidas na avaliação do fenómeno, de acordo com a conceptualização atribuída ao mesmo e segundo a orientação teórica de cada participante (ANEXO I, 2ª parte).

Posteriormente foi solicitado, a um instituto de línguas qualificado, a retroversão do instrumento. Essa retroversão foi efectuada por um professora de inglês, de língua materna

inglesa, e licenciada em psicologia pela Universidade de *Middlessex*, Londres (documento comprovativo, ANEXO II), que desconhecia por completo a versão inglesa original (escala original, tradução e retroversão em ANEXO III).

Essa versão foi posteriormente enviada para a autora da escala original via correio electrónico, que deu a autorização necessária para se proceder à adaptação do instrumento para a população portuguesa.<sup>1</sup>

Apesar de todo este "tratamento metodológico" foram mencionadas, após realização do pré-teste, algumas dificuldades no entendimento de alguns itens. Assim, foram apresentadas dúvidas de compreensão referentes às seguintes questões formuladas na negativa:

- 2. "*There is nothing wrong with me*";
- 7. "*The mind cannot become ill, only the body*";
- 19. "*I do not seem to have as much control over my thoughts*";
- 20. "*I am not ill but I am tired*";
- 27. "*Things do not make sense anymore*".

Essas dúvidas foram posteriormente comunicadas aos autores, os quais referiram ter sentido exactamente a mesma dificuldade.

Foi-me aconselhado acrescentar às hipóteses de resposta SIM, NÃO o seguinte: SIM, concordo com a afirmação, NÃO, não concordo com a afirmação.

Houve ainda a necessidade de esclarecer os utentes que a escala se referia ao momento em que ele/ela esteve em crise<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> A retroversão foi classificada de "Very Well"; "*I have looked over the back translation and it reads very well*"; Marková (01/10/2005).

<sup>2</sup> "*Yes, we had a similar difficulty with the 'negatively' phrased questions*"; Marková, , 14/11/2005.  
(...) "*The scale is designed to elicit views while the patient is unwell and the length of time this applies to will then depend on how long the patient has been unwell. Once the patient is recovered, then the scale would not apply in its present state and the questions would have to be asked in a retrospective fashion, e.g.(1) I was feeling different from my normal self, or (23) Everything FELT much clearer then than ever before*" (...) Marková (14/11/2005).

## **a. CARACTERIZAÇÃO DA *INSIGHT* SCALE**

A autora da escala, Ivana Marková, é uma *sénior lectur* em Psiquiatria na Universidade de Hull no reino Unido. É psiquiatra e doutora em filosofia pela Universidade de Cambridge. É uma das investigadoras actuais mais importantes em psicopatologia descritiva, neuropsiquiatria e epistemologia dos sintomas e perturbações mentais. Tem inúmeros trabalhos publicados sobre os aspectos conceptuais e sobre a investigação empírica do *insight* em psiquiatria.

Têm sido efectuados, ao longo deste processo de revisão da literatura acerca do tema, contactos com a autora. Para além da disponibilidade revelada através da troca de correspondência e das actualizações acerca do tema, a autora deu a autorização necessária para se proceder à contribuição para a validação do instrumento em Portugal.

A escala de *insight* desenvolvida pelos autores Marková e Berrios et al., avalia a visão do indivíduo que tem uma psicose acerca de si próprio, bem como daquilo que o rodeia.

A escala de *insight* revista foi re-standartizada em 64 pacientes com psicose em diferentes fases da sua doença, no estudo original ("*Assessment of Insight in Psychosis: a re-standardization of a New Scale*"; Markova; Roberts; Gallagher; Boos; McKenna; Berrios, *Department of Psychiatry, University of Hull, Southcoates Annexe (University of Lincolnshire and Humberside) Cottingham Road, Hull, HU6 7RX, UK. Psychiatry Res.* 2003 Jul 15;119(1-2):81-8).

A nova versão da escala revelou ser mais simples de usar em comparação com o instrumento original e mostrou uma boa fiabilidade, consistência interna e validade (Marková, 2003).

A escala elegeu o fenómeno do *insight* em relação à consciência da mudança no indivíduo e na sua percepção acerca do que o rodeia. O instrumento original contava com 32 itens. A utilização subsequente do mesmo, sugeriu que alguns itens apresentavam algumas ambiguidades na maneira como se encontravam apresentados e no modo como tinham sido pensados para representar o *insight*.

Por outro lado, um trabalho mais conceptual sugeriu que alguns itens não reflectiam directamente o conceito de *insight* (por exemplo, itens relativos à adesão à medicação) (Marková & Berrios, 1995). Para além disso, o sistema de classificação de "sim, não, não sei" foi também complexo de avaliar.

A versão final desse instrumento, que é aqui "testada", conta com 30 itens. Em relação à 1ª versão deste instrumento (1992), alguns foram eliminados, outros foram adicionados e outros reescritos.

Por exemplo, foram excluídos itens relacionados com o ponto de vista acerca da hospitalização ou da medicação. Em vez disso foi dada uma maior atenção às diferenças sentidas pelo sujeito em relação a si próprio e na relação que estabelece com o exterior. Daí que alguns itens tivessem sido adicionados de maneira a permitir uma reflexão sobre estes aspectos (e.g. "*as*

*peçoas à minha volta parecem-me diferentes*" (4); *"sinto-me de fora em relação a tudo"* (5); *"tudo parece desorganizado"* (6)).

O item relacionado com a preocupação que o sujeito demonstrava sobre as coisas, e que constava na 1ª versão, foi eliminado, pois não é claro que isso possa representar um melhor *insight*.

Alguns itens foram também reescritos, uma vez que a compreensão acerca dos mesmos não se revelou clara. Deste modo, o item *"a doença mental não existe"* foi alterado para *"uma doença mental pode acontecer com certas pessoas"* (18). Também o item *"nada me interessa"* foi reformulado para *"não há nada de errado comigo"* (2) e o item *"nunca na minha vida estive tão doente"* alterado simplesmente para *"estou doente"* (3).

A classificação foi alterada para o formato dicotómico.

O *insight* foi considerado presente (e consequentemente classificado como 1) para as respostas positivas aos itens 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30 e para as respostas negativas aos itens 2, 7, 12, 20, 23, 28-29. A pontuação de 30 indica *insight* total e a de 0, sem *insight*.

A classificação em termos de direcção do *insight* em relação a cada item foi baseada em pressupostos relacionados com o significado subjacente às questões (Marková & Berrios, 1992).

Foi assumido que quando os indivíduos se tornam mentalmente doentes, ocorre um número significativo de mudanças cognitivas que afectam a percepção que o próprio tem de si, que o próprio tem em relação ao que o rodeia e entre ambas as interacções.

Deste modo, os itens relacionados com a consciência de tais mudanças, isto é, sempre que os sujeitos apresentavam ter plena consciência das diferenças em relação a eles próprios em relação ao que lhes rodeia, foram classificados com *insight* total.

## **b. O CONCEITO DE *INSIGHT* SEGUNDO A *INSIGHT SCALE***

Esta escala foi baseada numa definição alargada do *insight*. O *insight* é avaliado como uma forma de auto-conhecimento que os indivíduos apresentam em relação não somente àquilo que os afecta, mas também como essa condição se relaciona com a interacção que estabelecem com o mundo.

Por outro lado, Marková e Berrios (1995, 2001) efectuaram uma distinção entre tal amplitude; o conceito teórico de *insight*, que não pode ser realisticamente captado na sua totalidade de uma forma empírica, e o fenómeno de *insight*.

Neste estudo, a escala foi desenhada para escolher um fenómeno de *insight* específico para as experiências de psicose. Os itens foram escolhidos em bases de validação (observação clínica juntamente com descrições clínicas (Conrad, 1958)), para reflectir a consciência de possíveis mudanças que os indivíduos vivenciam no decorrer de um episódio psicótico, o que vem a contrastar com os instrumentos de *insight* que existem actualmente.

Desta maneira, McEvoy et al's., (1989); David's (1990) e Amador et al's. (1991), nas suas respectivas escalas de *insight*, que avaliam em termos gerais, as explicações dos pacientes em relação à patologia e a percepção da necessidade de tratamento, verifica-se que o preenchimento é efectuado pelos clínicos (cada um à sua maneira).

Da mesma forma Marks; Fastenau; Lysaker e Bond (2000) no instrumento de auto-classificação de Carsky; Selzer; Terkelsen; Hurt (1992) (*"Patients Experience of Hospitalization Questionnaire"*), centram-se nas percepções do paciente quanto à necessidade de tratamento, explicações dadas em relação à doença e ao grau de preocupação sobre o seu estado.

Os últimos autores dão ênfase ao facto de que se está a examinar as atitudes para a doença e tratamento em vez das mudanças vividas.

O fenómeno de *insight* escolhido pela *insight scale* de Marková et al., por outro lado, relata menos as mudanças vividas em relação à doença mental, e mais a actual consciência e articulação de tais mudanças.

Em primeiro lugar não existem bases teóricas válidas para se considerar este aspecto das percepções individuais como intrínsecas ao conceito de *insight*.

Em segundo lugar, isso evita que ocorram "insultos" em subseqüentes pesquisas entre a relação de *insight* e as atitudes em relação ao tratamento ou adesão com monitorização.

Se este fenómeno de *insight* é um aspecto clinicamente importante ou preditivo, isso quer dizer que o fenómeno do *insight* "captado" pelas diferentes medidas tem diferentes valores clínicos e preditivos.

Tudo o que pode ser dito nesta fase é que a escala descrita elege um aspecto diferente do *insight* comparado ao utilizado noutros instrumentos.

A análise preliminar dos factores produzem 4 factores que parecem relatar ligeiras diferenças do aspecto do fenómeno do *insight*. Estas diferenças podem ser interpretadas e acabam por reflectir-se no: (1) grau de certeza com que os pacientes vivem ou articulam a sua experiência de mudança (isto é, sentimentos para uma sensação profunda de mudança); (2) domínio da percepção da mudança (isto é, consigo próprio, com o que o rodeia, em ambos); (3) foco em relação à mudança (isto é, pensamentos, sentimentos) e (4) na explicação da causa da mudança.

O segundo objectivo do estudo original foi comparar as classificações de *insight* obtidas utilizando a 2ª versão da escala de *insight* anteriormente apresentada (*"Insight Scale"*, Marková & Berrios, 2001) com as pontuações de *insight* obtidas utilizando o item que avalia o *insight* no *"Present State Examination"* (PSE), e assim obter uma medida simultânea de validação.

Os resultados mostram uma correlação negativa significativa ( $p < 0.005$ ) entre a pontuação total de *insight* obtida na escala de *insight* e a pontuação do item de *insight* no PSE (isto é, quanto maior o nível de *insight* avaliado pela escala de *insight* de Marková et al., maior o nível de *insight* avaliado pelo PSE, indicando que ambas as avaliações analisaram que era comum ao fenómeno do *insight* escolhido).

Por último, o estudo examina algumas associações preliminares entre o *insight* e a gravidade do estado do paciente, mas os resultados alcançados não produziram correlações significativas. Pouco pode porém ser concluído a partir destes resultados nesta fase, já que o propósito do estudo era re-standartizar o instrumento de *insight* e novos estudos importam que sejam desenvolvidos no sentido de explorar devidamente tais relações.

O "*Global Assessment Scale*" (GAS) é unicamente uma medida da gravidade e uma avaliação psicopatológica do nível de incapacidade funcional mais detalhada deverá ser desenvolvida ao nível da investigação científica.

Por outro lado, a relação entre o *insight* e as variáveis clínicas, tais como a gravidade da perturbação ou a duração da doença ou tipo de sintomatologia, é provável que seja um assunto complexo e que seja influenciado por vários factores concomitantes que necessitam ser identificados.

O estudo original serve de base preliminar para um trabalho futuro que examine o fenómeno do *insight*, a relação entre as variáveis clínicas e a validade preditiva em termos dos comportamentos do paciente e prognóstico.

#### **1.8.4. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *INSIGHT* E IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EM PESSOAS COM PSICOSES (ANEXO IV)**

A elaboração de um instrumento na área das ciências humanas envolve vários aspectos que, obviamente, tiveram que ser tidos em conta na construção da escala que é aqui apresentada.

Houve, em primeiro lugar, o cuidado em atribuir o significado correcto ao tipo de instrumento que estava a ser desenhado. Optou-se pelo termo *escala* uma vez que o instrumento em construção correspondia a um conjunto de itens através dos quais se pretende medir uma determinada característica de uma população de indivíduos (avaliação do *insight* em pessoas com psicose). Isto implica que desse conjunto de itens se obtivesse um índice numérico único que constituísse o resultado dessa medição.

Os itens apresentados na *escala de avaliação do insight e identificação de necessidades em pessoas com psicose*, totalizam 16 afirmações (ANEXO IV). Os itens ímpares avaliam o *insight* e os pares identificam necessidades.

A construção deste instrumento baseou-se numa extensa revisão dedicada à conceptualização do fenómeno tendo em consideração as diferentes abordagens teóricas apresentadas por vários autor.

Para além desta revisão houve também o cuidado de dedicar-se uma atenção especial aos instrumentos que até à data têm sido mais utilizados para avaliar o *insight* nas psicoses.

A redacção de cada item foi baseada nas afirmações de pessoas doentes através da observação directa do investigador responsável pelo estudo. Foram igualmente realizados grupos

focais junto de técnicos da instituição onde se realizou a investigação, os quais deram um contributo importante através da experiência pessoal e profissional de cada um.

Uma vez concluído todo este trabalho, o resultado final foi o seguinte:

- (1) A medicação é importante para a minha recuperação.
- (2) Tenho receio de começar uma actividade e poder ficar bloqueado com coisas simples.
- (3) As pessoas que me são mais próximas (familiares, amigos, colegas ...) apercebem-se quando eu começo a ficar "alterado".
- (4) Parece que os meus sentimentos estão "congelados".
- (5) O que se passa comigo pode ser devido ao problema para o qual estou a ser tratado.
- (6) As minhas capacidades mentais encontram-se mais diminuídas.
- (7) Apercebo-me quando alguma coisa estranha e invulgar começa a acontecer comigo.
- (8) Actualmente tenho menos vontade em realizar coisas que antes fazia.
- (9) Alguns dos meus pensamentos parecem-me reais, mas podem ser devido à minha imaginação.
- (10) Sinto que as pessoas têm dificuldade em compreender-me.
- (11) Gostava de perceber melhor o que se passa comigo.
- (12) Acontece-me não ter vontade para cuidar de mim.
- (13) Sinto-me mais próximo do meu estado normal quando estou a tomar os medicamentos.
- (14) Sinto-me uma pessoa mais isolada e distante daqueles que me rodeiam.
- (15) Têm ocorrido mudanças na minha vida devido ao problema para o qual estou a ser tratado.
- (16) As minhas capacidades mentais encontram-se mais diminuídas.

Figura 4. "Escala de avaliação do *insight* e de identificação das necessidades em pessoas com psicose". Cardoso, Ana, 2005

A versão inicial da escala de avaliação do insight e identificação de necessidades em pessoas com psicose, contou com 23 itens. As hipóteses de respostas foram colocadas de acordo com a escala de likert (1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Tenho dúvidas; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente).

Esta versão inicial foi posteriormente apresentada a vários técnicos da instituição, nomeadamente, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos e psicólogos, que lidam diariamente com utentes com este diagnóstico. Foram igualmente realizadas várias entrevistas junto de indivíduos com as mesmas características dos da população-alvo de modo a detectar eventuais problemas que obrigassem à revisão ou à eliminação de alguns itens ou a alterações no seu procedimento.

Para este efeito foi realizado o teste re-teste junto de 25 utentes numa 1ª fase e de 15, numa fase posterior.

Depois de concluído este primeiro ensaio, foram realizadas as seguintes alterações à versão inicial da escala: desses 23 itens foram excluídos 7. A principal razão dessa eliminação foi a seguinte: revelaram ser itens de difícil compreensão por parte de alguns utentes.

Outra alteração que foi efectuada a esta versão foi a classificação das respostas. Verificou-se que ao solicitar a pessoas com diagnóstico de psicose que apresentassem déficits cognitivos, a interpretação das hipóteses de resposta distribuídas numa escala de likert tornava-se algo confusa.

Ainda a este propósito verificou-se igualmente que a maioria das respostas obtidas situavam-se no ponto 3., que correspondia à hipótese de resposta, “Tenho dúvidas”.

Ao colocarmos mais hipóteses de resposta poderia, eventualmente, implicar uma maior reflexão por parte do entrevistado e obter-se assim uma informação mais detalhada acerca do “nível de *insight*”. Porém, devido à dificuldade que foi identificada poder contribuir de forma negativa nos resultados, optou-se por uma classificação dicotómica com as hipóteses de resposta, SIM e NÃO.

Esta forma de classificação foi a utilizada na escala de avaliação do *insight* de Marková (2003), o que veio a facilitar o preenchimento. Digamos que os utentes sentiram uma continuidade e ao mesmo tempo uma complementaridade entre ambos os instrumentos.

Realizou-se, na terceira fase da elaboração da escala, um pré-teste. 25 utentes preencheram o instrumento numa primeira fase, e 15 desses 25 repetiram a escala numa segunda fase. Com base nos resultados que foram obtidos procedeu-se à selecção dos itens a reter e à elaboração da versão final da mesma escala. Não foram efectuadas quaisquer alterações na redacção dos itens.

Contudo, até ter chegado a esta versão final, vários aspectos tiveram que ser tidos em consideração uma vez que a construção de um instrumento obedece a critérios previamente definidos. São esses aspectos que serão apresentados de seguida.

Ora, por mais sofisticados que sejam os procedimentos de construção ou na validação de escalas e por mais que se tente compensar a falta de qualidade dos itens apostando na sua quantidade, um questionário composto por itens mal elaborados nunca poderá apresentar as características mais desejáveis. Daí que a elaboração de cada item que constitui esta escala tivesse obedecido a critérios específicos, tanto na forma como eram apresentados, como no seu conteúdo.

Uma vez que cada item pretende medir um aspecto diferente, qualquer factor estranho que interfira com as respostas a esse item afectará irremediavelmente a avaliação dessa variável.

Tendo em conta este aspecto pretendeu-se, na elaboração de cada item, evitar ambiguidades, que as formulações fossem efectuadas na negativa e que fossem incluídas várias afirmações no mesmo item.

O uso de questões fechadas utilizadas em ambos os instrumentos tende a atribuir um maior peso à facilidade de tratamento das respostas e à clareza da interpretação. Contudo, são conhecidas as vantagens como as limitações deste tipo de resposta.

Há quem defenda que o uso de questões fechadas limita artificialmente o espaço de que se dispõe para se exprimir, restringindo as respostas àquelas que foram previstas pelo investigador.

No entanto, o facto de o indivíduo se exprimir nas suas próprias palavras pode ser causa de problemas uma vez que coloca o investigador perante a necessidade de desempenhar ele próprio um papel essencial na interpretação e confrontação das respostas fechadas das diferentes pessoas. Por outras palavras, se o uso de respostas fechadas pode ser entendido como



desvalorizador da perspectiva do respondente, ao limitar a sua expressão às categorias previstas pelo investigador, o uso de respostas abertas pode ser também considerado desvalorizador, ao implicar que alguém (supostamente mais “sabedor”) interprete as respostas individuais extraindo delas “aquilo que ele realmente queria dizer”.

Uma outra limitação que é colocada em relação às respostas fechadas é que não permitem recolher uma informação tão completa.

Um terceiro aspecto indica-nos as limitações e as vantagens em cada tipo de resposta e diz-nos que, através de questões abertas se evita influenciar o inquirido. Mais uma vez haverá que pensar se isso é efectivamente uma vantagem. Um dos problemas mais frequentes quando se recolhem dados verbais é precisamente o de os investigadores não definirem com suficiente rigor aquilo que pretendem, o que obriga os inquiridos a um esforço de interpretação, no sentido de tentar descobrir o que lhes está a ser pedido afinal.

Outro aspecto que a construção desta escala não se esqueceu foi a ordem das alternativas de respostas, isto é, os “efeitos de formato”. Várias investigações têm mostrado que as pessoas têm maior tendência às primeiras alternativas propostas sempre que estas são apresentadas oralmente numa entrevista (Foddy, 1993).

É preciso não esquecer que estes efeitos de formato exercem uma influência importante quando o indivíduo não tem uma posição clara face às alternativas, por estas não lhe fazerem sentido, por não ter uma opinião formada sobre o assunto ou por qualquer outra razão. Assegurando que a questão é relevante para os inquiridos e que estes estão dispostos a manifestar-se face a ela, o peso dos efeitos de formato será reduzido.

No caso particular de ambas as escalas esse problema não será sentido dessa forma uma vez que cada afirmação foi formulada a fim de obter uma das 2 respostas possíveis.

Existem ainda alguns pressupostos subjacentes à elaboração de cada item, que, ao serem fundamentais, foram necessariamente tidos em consideração na redacção do novo instrumento, são eles, (a.) O investigador terá que ter uma ideia clara daquilo que pretende saber junto dos respondentes. É essencial que o investigador saiba claramente ao redigir o item, aquilo que pretende do respondente; (b.) Os respondentes têm que ser capazes de compreender o item. Para isso é necessário assegurar se todas as palavras que compõem os itens são conhecidas das pessoas a quem o questionário se destina. A regra geral é a de redigir itens tomando como referência as pessoas com mais baixo nível de compreensão da leitura que seja possível encontrar na amostra. Ao mesmo tempo, porém, há que ter cuidado em não ofender as pessoas com maior capacidade de compreensão. Um outro problema comum na redacção dos itens, e responsável por uma boa parte dos casos de ambiguidade e má interpretação, é o da inclusão de duas afirmações diferentes no mesmo item. Daí que este processo tivesse sido evitado no instrumento desenvolvido. Outro pressuposto (c.), refere-se ao facto de cada respondente ter que interpretar o item no sentido pretendido pelo investigador.

Na elaboração de cada item houve por isso o cuidado do mesmo conter um único pensamento ou afirmação, uma vez que a utilização de afirmações duplas pode introduzir ambiguidades no significado do item. A regra utilizada foi a de separar em diferente itens as várias afirmações.

Evitou-se igualmente a utilização de duas negações na mesma frase como forma de acentuar o tom negativo. Reconhece-se que todas as frases com negativas duplas têm tendência a ser ambíguas. Desta forma, não foi opção apresentar-se a afirmação dessa maneira.

Para além destas questões ligadas à capacidade de compreensão por parte dos respondentes, há que considerar que mesmo palavras comuns podem ser interpretadas de diferentes formas.

Há, contudo, uma impossibilidade de encontrar para qualquer item uma redacção perfeita e que elimine qualquer hipótese de má interpretação. O importante é estar atento aos possíveis enviesamentos. O facto de se ter realizado o "estudo-piloto" possibilitou perceber como cada pessoa reagia a cada item e como o interpretavam.

O quarto pressuposto (d.) fala-nos da necessidade dos respondentes disporem da informação necessária para responder ao item. Em muitos casos as pessoas têm dificuldade em responder ao item simplesmente porque não consideram que a questão lhe diga respeito ou porque nunca ouviram falar, ou nunca pensaram no assunto (Fischhoff, 1991). Este ponto foi consideravelmente tido em consideração uma vez que dois dos instrumentos utilizados neste trabalho pretendem avaliar um fenómeno tão complexo como aquele que representa o *insight* nas psicoses. Foram por isso excluídas do estudo pessoas com o primeiro surto psicótico, uma vez que foi considerado que para responder a estes dois instrumentos implicava que houvesse alguma elaboração da experiência pela qual estavam a passar. Atendendo a este facto foi considerado que seria prematuro interrogar utentes numa fase inicial da doença.

Não nos podemos ainda esquecer que, pelos déficits cognitivos que as psicoses apresentam, esta limitação pode igualmente interferir com a capacidade do sujeito responder adequadamente ao que lhe está a ser solicitado, havendo por isso o risco da pessoa não compreender a afirmação ou de não se encontrar cognitivamente "capacitada" para pensar acerca do que lhe está a ser pedido. Solicitarmos a colaboração de alguém para o preenchimento de uma escala sobre a impressão subjectiva que tem acerca da sua realidade implica, por parte do entrevistado, alguma capacidade e disponibilidade mental uma vez que se está a abordar algo tão delicado que requer, obrigatoriamente, uma reflexão interna.

Outro problema que pode existir numa investigação por questionário é quando é deixada uma pergunta em branco. Neste trabalho, quando não era o entrevistador a preencher o questionário, cada instrumento foi cuidadosamente revisto no final do seu preenchimento de maneira a que fosse certificado que todas as questões tivessem sido respondidas.

Perante o exposto anteriormente houve um cuidado especial na elaboração de cada item, referente à escala original portuguesa, de maneira a que a sua compreensão e interpretação fossem totalmente adquiridas por parte de cada respondente.

Um outro problema que não foi ignorado foi o da reactividade da técnica, ou seja, da possibilidade das pessoas modificarem, deliberadamente ou não, o seu comportamento em consequência da necessidade de o registar.

Como é natural este fenómeno pode afectar a validade dos resultados, sobretudo quando os comportamentos a registar são fortemente valorizados no sentido positivo ou negativo. É possível que perante a especificidade dos questionários, e tendo em atenção que alguns dos entrevistados eram pessoas que estavam internadas, que as respostas atribuídas a cada item pudessem representar não aquilo que o utente pensava, mas sim aquilo que ele considerava que o técnico (entrevistador) queria ouvir. Este dado está associado, por exemplo, ao facto da pessoa poder considerar que se responder "correctamente" terá uma maior probabilidade de vir a ter alta mais cedo. Isto poderá ser notório, sobretudo, nas alíneas que se referem à adesão ao tratamento, à consciência expressa pelo sujeito em relação à sua perturbação mental e à atribuição correcta dos sintomas.

O quinto pressuposto refere-se à disponibilidade dos respondentes procurarem exaustivamente na sua memória, ou noutro local, a informação relevante.

Os efeitos da dificuldade de recordação da informação necessária para responder a um item podem ser agravados se o respondente optar por não aplicar grande esforço à tarefa de a localizar ou de simplesmente se encontrar incapacitado para o fazer devido, por exemplo, aos efeitos secundários da medicação.

Daí que os efeitos da medicação, a fase da doença e a própria motivação do inquirido para responder, exerça uma forte influência sobre o esforço que este estará a dispendir na tarefa.

Teve-se por isso em consideração os efeitos secundários que a medicação estava exercer a sobre o indivíduo no momento da avaliação, bem como a forma como era estabelecida o contacto com os participantes.

Estes são apenas alguns factores essenciais que não foram esquecidos e que servem para assegurar que os indivíduos estejam dispostos e habilitados para responder aos questionários e a fazê-lo de forma cuidadosa.

Foram contactados ao todo 67 pessoas. 3 recusaram participar no estudo. A amostra recolhida contou, assim, com a colaboração de 64 participantes.

Os indivíduos foram seleccionados segundo o critério de conveniência, critério este que foi a presença do inquiridor no Hospital Miguel Bombarda. Este critério foi escolhido devido à facilidade em obter a informação desejada sobre os pacientes. Procurou-se tanto quanto possível, que a amostra fosse representativa.

Outro aspecto fundamental tem a ver com a disponibilidade de tempo. Se a pessoa estiver pressionada pelo tempo é natural que não tome todos os cuidados no sentido de pesquisar

exaustivamente a informação disponível na sua memória. Houve o cuidado em contactar os participantes numa ocasião em que dispunham de tempo suficiente, sem terem, por exemplo, nenhuma actividade agendada para essa hora, ou não estarem a aguardar a chegada do médico e de não ser próximo da hora das visitas ou das refeições, no caso de estarem em regime de internamento.

Quando essas condições não estavam reunidas optou-se por adiar a aplicação dos instrumentos para uma ocasião mais propícia de maneira a evitar uma recolha de elementos menos válidos e que pudessem enviesar as conclusões do estudo.

Houve, durante o preenchimento dos questionários, uma recomendação prévia para lerem e/ou escutarem cuidadosamente a leitura da carta de informação, para solicitarem algum tipo de esclarecimento e para demorarem o tempo que fosse preciso a responder a cada questão.

Por fim, o último pressuposto (e) aborda a disposição do indivíduo para responder com sinceridade. Os problemas relacionados com este pressuposto têm a ver com a possibilidade de os indivíduos modificarem de modo mais ou menos deliberado as suas respostas, a fim de produzirem uma certa pressão junto do investigador.

É evidente que existem determinadas situações nas quais a motivação da pessoa para produzir um certo tipo de resposta é muito forte. Acontece quando o indivíduo tem um interesse pessoal mais ou menos directo nos resultados. Por exemplo, ao responder que concorda que a medicação é importante para a sua recuperação, o utente poderá deduzir que, caso responda “positivamente”, poderá vir a ter alta mais cedo.

A estratégia utilizada para contornar esta possibilidade foi o assegurar aos participantes que a informação transmitida era confidencial e anónima e que não seria utilizada de modo a interferir com o tratamento, nomeadamente a nível da antecipação da alta ou prolongamento do internamento. Este instrumento revelou ser de fácil aplicação e demonstrou-se acessível na sua compreensão.

#### **a. CARACTERIZAÇÃO DO INSTRUMENTO ORIGINAL DE AVALIAÇÃO DO *INSIGHT* E IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EM PESSOAS COM PSICOSE**

*Insight* significa conhecimento novo e permanente, conhecimento que, como diz Rappaport (1942) vai para além das aparências.

O instrumento original que é aqui apresentado pretende avaliar a percepção actual do sujeito em relação àquilo que se passa consigo e à forma como tudo isso se manifesta.

Pretende-se com esta avaliação orientar esforços que procurem ir ao encontro das necessidades e aprendizagens necessárias que promovam uma compreensão interna de maneira a fomentar a participação activa de cada sujeito ao longo do seu processo de recuperação.

Com o objectivo de alargar a abordagem deste fenómeno, e aliado ao facto de não existir nenhum instrumento, até à data, validado ou original em português que avalie o *insight* das pessoas com perturbações mentais graves, nasceu o desafio em desenvolver-se uma escala.

Este instrumento possibilita avaliar o auto-conhecimento que o sujeito apresenta acerca da sua realidade interna e externa e vai para além da consciência e do reconhecimento que a pessoa tem acerca da sua doença.

Para além dessa revisão, o contributo de técnicos das mais diversas áreas que trabalham directamente com pessoas com doença mental grave, e dos próprios utentes, revelou-se de extrema importância. Sem o contributo de todos não teria sido possível a criação de um instrumento que assenta na compreensão das vivências, experiências e necessidades das pessoas doentes. O seu desenvolvimento pretende possibilitar uma compreensão mais detalhada que procurará promover, posteriormente, uma intervenção assente nos resultados obtidos.

Decerto que se poderia falar deste fenómeno noutras perspectivas uma vez que, como já vimos, a abordagem efectuada ao tema pode variar consoante a formação teórica do autor. É por isso importante salientar que o planeamento deste instrumento teve como base uma dimensão psicopedagógica que procura desenvolver aprendizagens capazes de promover o *insight* para além da doença, favorecendo a integração psicossocial e a prevenção de recaídas.

Tal como todas as escalas desenvolvidas até à data, também esta terá concerteza as suas limitações (ainda para mais quando se toma a iniciativa de abordar um tema tão complexo como representa estudar e/ou avaliar o *insight*).

O objectivo principal será o de possibilitar o desenvolvimento de um instrumento simples e de fácil aplicação cujas reflexões sobre o fenómeno possam corresponder a contributos importantes na forma de abordar e avaliar o *insight* numa perspectiva reabilitativa, que venha a fomentar o desenvolvimento de intervenções mais adequadas às reais necessidades dos utentes que contactam directa ou indirectamente com os serviços de saúde mental.

Em primeiro lugar é necessário não nos esquecermos que a complexidade deste fenómeno mexe com aspectos muito particulares que têm a ver com a formação do sujeito enquanto pessoa, muito para além de ser portador de uma doença mental crónica. A consciência de qualquer tipo de doença não é apenas um reconhecimento isolado, mas representa também um elemento pessoal.

Daí que factores individuais como a inteligência, atitudes, experiências prévias, cultura, educação, etc., desempenhem um papel extremamente importante quando se pretende avaliar o *insight*. Pedir ao paciente que explique o seu ponto de vista acerca de algo tão complexo e ambíguo, poderá ter mais a ver com o seu coeficiente de inteligência do que propriamente com o nível de *insight*.

Avaliar o *insight* implica, assim, conhecer as construções que o paciente faz acerca de si próprio, comparativamente àquelas que são efectuadas pelo clínico que o atende e visto como o detentor do “suposto saber”.

É necessário ter igualmente em consideração que esta avaliação baseia-se num determinado momento que corresponde a uma fase específica da vida do indivíduo e em que esse reconhecimento vs aceitação pode estar mais ou menos “activo” devido a inúmeras determinantes, tais como: os efeitos da medicação, a fase da doença, e tipos de intervenções efectuadas (se por exemplo a pessoa tem sido alvo de algum programa psicoeducacional é provável que tenha uma maior capacidade crítica em relação a si e à sua doença).

Outro aspecto importante defendido pelo modelo aqui apresentado, e que representa uma *nova* abordagem frente a este fenómeno, é o facto deste instrumento incidir numa perspectiva reabilitativa ou de recuperação (*recovery*) e não de doença.

É importante termos em atenção o modo como as abordagens que pretendem aumentar o *insight* são desenvolvidas. Owens et al. (2001) identificou uma relação entre o aumento de *insight* e ideias suicidas. Daí que seja fundamental a forma como essa informação é transmitida, a consolidação dos conhecimentos e o acompanhamento posterior que é dado.

A relação terapêutica estabelecida entre o técnico e a pessoa doente auxilia na forma como os conhecimentos que se vão adquirindo ficam “arrumados” dentro do próprio indivíduo. Se essa arrumação corresponder àquelas que são as necessidades do sujeito, poderemos, assim, enquanto técnicos de saúde, estar (in)directamente a promover com que o indivíduo reconheça a necessidade de aderir ao tratamento.

## **b. O *INSIGHT* NAS PSICOSES, SEGUNDO A PERSPECTIVA PSICOPEDAGÓGICA**

Os estudos realizados têm demonstrado que a capacidade de *insight* das pessoas com psicose encontra-se afectada.

Devido à prevalência deste fenómeno, e ao facto do mesmo interferir com o processo de recuperação da pessoa doente, este assunto tem despertado o interesse por parte de alguns investigadores que se têm debruçado acerca da sua compreensão.

Através da investigação dedicada ao tema constatou-se que cada investigador apresenta uma visão particular em relação às várias dimensões que compõem o *insight*. Dentro dessas perspectivas, e de acordo com a formação teórica de cada um, são encontradas algumas semelhanças dentro dessas particularidades.

Devido ao interesse suscitado pelo fenómeno é natural que este conceito se tenha alargado. Com base nessa mesma revisão, constata-se, porém, que poucos estudos se têm preocupado em explorar um conceito mais alargado.

É comum verificarmos nas investigações que foram realizadas até ao momento, que o investigador se tenha focalizado em duas componentes do *insight* : o reconhecimento da patologia como tal e o reconhecimento da necessidade de tratamento.

É precisamente nesse ponto que parte deste trabalho se desenvolve. Pretende-se com esta análise orientar esforços no sentido de fomentar o aperfeiçoamento e/ou desenvolvimento de um

modelo teórico-prático assente numa perspectiva actual e inovadora e que, para além das dimensões clínicas tradicionais, inclua dimensões relacionadas com a funcionalidade pessoal, relacional, social e profissional/ocupacional.

Apesar de se registar essa ausência de reconhecimento associada a um diagnóstico, deparamos na prática clínica que os nossos utentes, perante o sinal de que algo está a acontecer, reagem em função dessa experiência elaborando o seu próprio nível de conhecimento. O problema é que na maioria das vezes a explicação que atribuem àquilo que se passa interfere com a adesão ao tratamento proposto.

Nesta fase, técnicos como psicopedagogos ganham um papel fundamental no auxílio em promover a capacidade crítica da pessoa doente em função daquilo que se passa com ela e na forma como tudo isso se pode manifestar e interferir na sua qualidade de vida.

Qualquer que seja o tipo de abordagem que se pretenda desenvolver é fundamental adequarmos o tipo de intervenção àquelas que são as características individuais de cada pessoa.

Uma abordagem psicopedagógica que pretenda promover o *insight* deve procurar compreender e avaliar a capacidade e a disponibilidade que o mesmo tem para pensar acerca daquilo que se passa consigo.

Apesar das pessoas com psicose apresentarem uma falta de *insight*, que é descrita em psiquiatria em termos de ausência de crítica, ou o não reconhecimento de que se possui uma doença mental, muitos dos utentes referem, quando isso lhes é permitido, uma percepção clara de mudança profunda que a determinada altura ocorreu com eles. Queixam-se de estarem confusos, apercebem-se que algo estranho e invulgar está a acontecer, o que origina com que se sintam *diferentes* em relação a si próprios e àquilo que os rodeia (Marková & Berrios, 1998). Porém, esta capacidade encontra-se muitas vezes afectada apesar de coexistir muitas vezes uma percepção vaga de que algo estranho se passa.

A abordagem que é aqui apresentada assenta em promover o *insight* que vá para além da aceitação de um diagnóstico, mas que apele a uma compreensão interna mais profunda.

Seria controverso vermos as pessoas de quem cuidamos aceitarem e aderirem facilmente a um tratamento para uma doença que não acreditam ter. Ora, a forma como que essa informação é transmitida pelo técnico e os cuidados daí resultantes pode, e muito, influenciar esse processo de adesão.

O conceito de *insight* explorado deve ser assim considerado como um processo contínuo, influenciado por factores externos, como atitudes dos familiares, e por factores internos, como os sintomas da doença.

O modelo apresentado, tendo como base o conceito que é reconstruído em relação ao termo *insight*, pretende exactamente incidir sobre os aspectos anteriormente referenciados.

Esta abordagem assenta numa perspectiva de continuidade que procura desenvolver junto da pessoa doente uma atitude integrativa da experiência psicótica e que, ao mesmo tempo,

possibilite um aumento do *insight* que incida em atribuir um significado em relação àquilo que se passa e na forma como tudo isso se manifesta em relação àquilo que a rodeia.

Procura-se, assim, auxiliar cada indivíduo a planear um projecto de vida, assente, não nas limitações da doença, mas sim nas suas potencialidades.

#### **1.8.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO**

##### ***GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING SCALE – AGF (ANEXO IX)***

A escala de avaliação global do funcionamento (AGF) corresponde ao eixo V do manual de classificação DSM III.R (Axis V- "*Global Assessment of Functioning Scale*").

Este instrumento resultou da revisão e simplificação do "*the global assessment scale*" (Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J. et al, 1976) e de outra escala designada por "*children's global assessment scale*" (Schaffer D., Gould M.S., Brasic J. et al., 1983).

Este instrumento pode ser particularmente útil para acompanhar os progressos dos indivíduos em termos globais, recorrendo a uma medida única.

A escala AGF divide-se em dez níveis de funcionamento. A avaliação AGF implica a escolha de um único valor que reflecta melhor o nível global de funcionamento do indivíduo. A descrição de cada um dos dez níveis da Escala AGF tem duas componentes: a primeira refere-se à gravidade dos sintomas e a segunda ao funcionamento. A avaliação AGF situa-se num determinado decil se ou a gravidade do sintoma ou o nível de funcionamento se situarem dentro dos respectivos limites. Por exemplo, a primeira parte dos valores entre 41-50 descreve "sintomas graves (por exemplo, ideação suicida, rituais obsessivos graves, furtos frequentes em lojas)" e a segunda "qualquer défice grave do funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, não ter amigos, não conseguir conservar um emprego)".

Deve notar-se que nas situações em que a gravidade do sintoma individual e o nível de funcionamento sejam discordantes, a pontuação AGF final reflecte sempre o pior dos dois.

Foram sugeridas, por parte de alguns investigadores, recomendações que auxiliam a cotação e a interpretação da AGF.

Michele A. Packard psicólogo clínico que faz workshops de treino para uso do DSM-IV, para a "*American Counseling Association*".

Baseado na sua experiência, sugere a seguinte divisória referente à cotação da AGF: "necessidades médicas" e "nível de cuidados" e que é distribuída da seguinte maneira:

AGF Score 1 – 30 o paciente é candidato a cuidados de internamento;

AGF Score 31 – 69 o paciente é candidato a cuidados em ambulatório;

AGF Score 70 - > na maioria destes casos os cuidados médicos não são os indicados, pois o paciente está a funcionar suficientemente bem para ser um candidato a terapia.

Michael B. First é um psiquiatra experiente da Universidade da *Columbia* e foi editor do DSM IV. No seu workshop intitulado "*Managed care survival skills: a structured approach for*



*assessment and treatment of DSM-IV Disorders*”, sugeriu as seguintes recomendações para o uso da AGF nas unidades de saúde:

A. Intensidade dos Cuidados

AGF Score > 65 na maior parte dos casos não há necessidade para tratamento, excepto para prevenir recaídas de uma crise aguda grave;

AGF Score > 40 na maior parte dos casos não necessidade de tratamento em regime de internamento;

B. Uso da escala AGF

Score 5 e acima sugere que a sintomatologia e o nível de funcionamento está próximo do nível seguinte da escala;

Score 4 e abaixo sugere que a sintomatologia e o nível de funcionamento está próximo de nível abaixo da escala.

A escala AGF é indicada no eixo V da seguinte forma: “AGF=”, seguida da pontuação AGF de 0 a 100, seguida pelo período de tempo a que corresponde a pontuação entre parêntesis – por exemplo, “(actual)”, “(nível mais elevado no ano transacto)”, “(momento da alta)”.

Para garantir que nenhum elemento da escala AGF é negligenciado ao determinar uma pontuação, deve utilizar-se o seguinte método:

PASSO 1: Começar pela parte mais elevada da escala e avaliar cada intervalo fazendo a pergunta: “a gravidade do sintoma OU o nível de funcionamento são mais graves do que é indicado por este intervalo?”.

PASSO 2: Continuar a escala em sentido descendente até atingir o intervalo no qual se integre melhor a gravidade do sintoma OU o nível do funcionamento, de acordo com a gravidade de qualquer um deles.

PASSO 3: Para evitar uma paragem prematura na utilização da escala, deve proceder-se à validação a partir do intervalo imediatamente seguinte. Este intervalo deve ser excessivamente grave tanto no que toca à gravidade do sintoma como ao nível de funcionamento. Se assim for, o intervalo apropriado foi atingido (avançar para o passo 4). Caso contrário, deve voltar-se ao passo 2 e continuar a descer a escala.

PASSO 4: Para determinar a pontuação AGF correcta no intervalo de dez pontos, é necessário verificar se o indivíduo esta a funcionar no nível mais elevado ou mais baixo do referido intervalo.

Na maioria das circunstâncias, e tal como aconteceu neste estudo, as pontuações da escala AGF devem aplicar-se ao período actual (ou seja, o nível de funcionamento no momento da avaliação), porque as pontuações do nível actual reflectirão, geralmente, a necessidade de tratamento ou de assistência.

De acordo com a caracterização da escala, a avaliação do funcionamento global pode ser útil para planear o tratamento, a intervenção, determinar o seu impacto e eventualmente com

função predictiva de resultados, nomeadamente em relação ao nível de funcionamento mais alto alcançado pelo utente no ano anterior.

A pontuação da escala foi obtida, para cada entrevistado, junto do técnico de referência. A classificação atribuída é referente ao momento actual em que tinham sido igualmente preenchidos os restantes instrumentos. No caso das pessoas encontrarem-se em regime de internamento agudo de curta duração, e uma vez que a restante avaliação era efectuada perto da alta, a classificação dada à AGF correspondia ao momento actual, que neste caso coincidia com o momento da alta.

A escala AGF apresenta, contudo, limitações, descritas na versão original, pois não é muito sensível a pequenas variações de funcionamento dos utentes ou quando os sintomas não são óbvios. Por outro lado os sintomas e o funcionamento social são cotados em paralelo, podendo não ocorrer uma correspondência directa.

## CAPÍTULO V

### 1. RESULTADOS

#### 1.1. ESTUDO DESCRITIVO

Dos 67 indivíduos contactados, de acordo com a metodologia adoptada e segundo os critérios de selecção (descritos no capítulo IV– MÉTODOS), 3 recusaram participar no estudo.

Destas 3 pessoas, 2 encontram-se em internamento compulsivo agudo e uma terceira encontra-se na residência comunitária do hospital. A desistência ocorreu em ambos os casos depois de lida a carta de informação.

Assim, a população em estudo compreendeu um total de 64 pessoas doentes.

A amostra procurou incluir pacientes com variabilidade, tanto no regime de tratamento, como no tempo e gravidade da doença, de maneira a ser o mais abrangente possível.

#### 1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

##### 1.2.1. Sexo

A amostra é constituída por 64 elementos. 25 do sexo feminino (39,1%) e 39 do sexo masculino (60,9%).

Tabela 1. Sexo (distribuição por frequências)

Sexo	N.º	Percentagem
Feminino	25	39,1
Masculino	39	60,9
<b>Total</b>	64	100,0

A média por sexo entre os indivíduos do sexo feminino é de 38,7 anos e do sexo masculino de 36,3 anos. O desvio padrão é de 9,27 anos para as mulheres e 9,86 anos para os homens.

Tabela 2. Sexo (médias por sexo)

Sexo	Média	d.p.	N.º
Feminino	38,7	9,27	25
Masculino	36,3	9,86	39
<b>Total</b>	37,2	9,63	64

### 1.2.2. Classe etária

A maioria dos indivíduos distribui-se entre os 25 e os 44 anos de idade. A média das idades foi de 37,28 anos (dp= 9,63 anos), correspondente a um intervalo de variação dos 22 aos 55 anos.

A distribuição por classe etária é apresentada na tabela 3 e o cruzamento entre sexo e classe etária está representado na tabela 4.

Tabela 3. Classe etária (distribuição por frequências)

Classe etária	N.º	Percentagem
Menos de 25	6	9,4
25 anos - 34 anos	21	32,8
35 anos - 44 anos	21	32,8
45 anos - 54 anos	13	20,3
Mais de 55 anos	3	4,7
<b>Total</b>	64	100,0

Tabela 4. Sexo vs classe etária (distribuição de frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Menos de 25	2	3,1	4	6,3
25 anos - 34 anos	5	7,8	16	25,0
35 anos - 44 anos	10	15,6	11	17,2
45 anos - 54 anos	7	10,9	6	9,4
Mais de 55 anos	1	1,6	2	3,1
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

### 1.2.3. Estado civil

Verifica-se que 78,1% dos inquiridos são solteiros, 14,1% divorciados/separados, 6,3% casados/união de facto e 1,6% viúvo.

Tabela 5. Estado civil (distribuição de frequências)

	N.º	Percentagem
Solteiro	50	78,1
Divorciado/Separado	9	14,1
Casado/União de facto	4	6,3
Viúvo	1	1,6
<b>Total</b>	64	100,0

O estado civil solteiro predomina nos dois sexos (78,1%), mas enquanto que 48% das mulheres estão ou tinham estado casadas, o mesmo só se verificava em 5,1% dos homens.

Tabela 6. Estado civil vs sexo (distribuição de frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Solteiro	13	20,3	37	57,8
Divorciado/Separado	7	10,9	2	3,1
Casado/União de facto	4	6,3	0	0
Viúvo	1	1,6	0	0
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

#### 1.2.4. Números de pessoas doentes com filhos

A maioria das pessoas doentes que são incluídas no estudo não tem filhos (84,4%).

Tabela 7. N.º de pessoas doentes com filhos (distribuição de frequências)

	N.º	Percentagem
Tem filhos	10	15,6
Não tem filhos	54	84,4
<b>Total</b>	64	100,0

Esta a proporção é mais evidente no sexo masculino (100% dos homens não tinham filhos) que no sexo feminino (40,0% das mulheres tinham filhos).

Tabela 8. N.º de pessoas doentes com filhos vs sexo (distribuição de frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Tem filhos	10	15,6	0	.0
Não tem filhos	15	23,4	39	60,9
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

#### 1.2.5. Tipologia do agregado familiar

A maioria das pessoas doentes vive com os pais ou apenas com um deles (42,2%). 10 vivem sozinhas (15,6%), 7 (10,9%) vivem com o/a parceiro/a, 5 (7,8%) com familiares que não os pais, 4 (6,3%) vivem numa residência comunitária, 5 (7,8%) vivem de forma abrigada (e.g. lar), 4 (6,3%) vivem no hospital e apenas 1 (1,6%) vive sozinho com filhos.

Tabela 9. Pessoas com quem vive (distribuição de frequências)

	N.º	Percentagem
Vive sozinho	10	15,6
Vive com o parceiro e eventuais filhos	7	10,9
Vive sozinho com filhos	1	1,6
Vive com os pais ou só com um deles	27	42,2
Vive com outros parentes (por ex. tios, irmãos)	5	7,8
Vive numa residência comunitária com não familiares	4	6,3
Vive de forma abrigada (por ex. lar)	5	7,8
Vive no hospital	4	6,3
Outros	1	1,6
<b>Total</b>	64	100,0

Não existem diferenças acentuadas entre esta variável (pessoas com quem vive) e o sexo. No sexo feminino, 10,9% dos casos vivem com os pais ou só com um deles e 31,3% dos indivíduos do sexo masculino vivem igualmente com os pais ou só com um deles.

Tabela 10. Pessoas com quem vive vs sexo (distribuição de frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Vive sozinho	5	7,8	5	7,8
Vive com o parceiro e eventuais filhos	5	7,8	2	3,1
Vive sozinho com filhos	1	1,6	0	.0
Vive com os pais ou só com um deles	7	10,9	20	31,3
Vive com outros parentes (por ex. tios, irmãos)	2	3,1	3	4,7
Vive numa residência comunitária com não familiares	3	4,7	1	1,6
Vive de forma abrigada (por ex. lar)	1	1,6	4	6,3
Vive no hospital	1	1,6	3	4,7
Outros	0	.0	1	1,6
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

### 1.2.6. Nível de escolaridade frequentado

Predominantemente, as pessoas doentes têm frequência do ensino secundário (70,3%, no total), havendo apenas 5 indivíduos (7,8%) com o ensino primário. 4 pessoas doentes (6,3%) tinham frequentado um curso técnico e 10 (15,6%) tinham frequentado o ensino superior, em número igual em ambos os sexos (5 homens, 5 mulheres) mas proporcionalmente superior no sexo feminino.

Tabela 11. Nível de escolaridade frequentado (distribuição de frequências)

	N.º	Percentagem
1º ciclo	5	7,8
Ensino secundário	45	70,3
Curso técnico	4	6,3
Curso superior	10	15,6
<b>Total</b>	64	100,0

Verifica-se que 25,0% das mulheres tinham frequentado o ensino secundário, 7,8% o ensino superior, 4,7% o 1º ciclo e 1,6% um curso técnico. 45,3% dos homens tinham frequentado o ensino secundário, 7,8% um curso superior, 4,7% um curso técnico e 3,1 apenas o 1º ciclo.

Tabela 12. Nível de escolaridade frequentado vs sexo (distribuição de frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
1º ciclo	3	4,7	2	3,1
Ensino secundário	16	25,0	29	45,3
Curso técnico	1	1,6	3	4,7
Curso superior	5	7,8	5	7,8
<b>Total</b>	7,8	39,1	7,8	60,9

### 1.2.7. Situação laboral

A maioria dos indivíduos (79,7%) não trabalhava no momento em que foi realizada a entrevista. Apenas 13 (20,3%) trabalhava nesse momento.

Tabela 13. Situação laboral (distribuição de frequências)

	N.º	Percentagem
Activo	13	20,3
Desempregado	51	79,7
<b>Total</b>	64	100,0

Dos que não trabalhavam, 16 (31,4%) encontram-se desempregados há mais de um ano, 4 (7,8%) estão desempregados há menos de um ano, 2 (3,9%) são estudantes ou estavam em formação, 6 (11,8%) encontram-se de baixa médica e 23 (45,1%) encontram-se reformados por doença psiquiátrica.

Tabela 14. Situação actual (distribuição de frequências)

	N.º	Percentagem
Desempregado há mais de 1 ano	16	31,4
Desempregado há menos de 1 ano	4	7,8
Estudante ou em formação	2	3,9
Baixa médica	6	11,8
Reformado	23	45,1
<b>Total</b>	51	100,0

Dos activos, 7 (53,8%) são do sexo feminino (28,0% do total de mulheres) e 6 (46,2%) do sexo masculino (15,4% do total de homens).

Tabela 15. Situação laboral vs sexo (distribuição de frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Activo	7	10,9	6	9,4
Desempregado	18	28,1	33	51,6
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

### 1.2.8. Matriz sociocultural (índice de Graffar)

As pessoas doentes distribuem-se maioritariamente pelas classes média (III – 56,3%) e média baixa (IV – 29,7%). Nenhum indivíduo pertencia à classe I (alta), 5 (7,8%) pertenciam à classe média-alta (II) e 4 (6,3%) à classe baixa (V).

Tabela 16. Matriz sociocultural (parâmetros)

	N.º	Percentagem
Classe média alta (II)	5	7,8
Classe média (III)	36	56,3
Classe média baixa (IV)	19	29,7
Classe baixa (V)	4	6,3
<b>Total</b>	64	100,0

## 1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

### 1.3.1. Diagnóstico (CID 10)

As pessoas doentes foram classificados pela C.I.D.–10 na categoria F20-F29: Esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e delirantes, em três grupos principais (A; B e C), assim definidos:

- Esquizofrenia, F.20 (Grupo A): 46 casos (71,9% do total);
- Perturbação Esquizoaffectiva, F.25 (Grupo B): 15 casos (23,4% do total);
- Perturbações Psicóticas Agudas e Transitórias, F.23 (Grupo C): 3 casos (4,7% do total).

O grupo A, pertencente ao grupo da esquizofrenia (F.20), subdividiu-se da seguinte maneira:

- F20.0: Esquizofrenia paranóide
- F20.1: Esquizofrenia hebefrénica
- F20.3: Esquizofrenia indiferenciada
- F20.4: Depressão pós-esquizofrénica



- F20.5: Esquizofrenia residual
- F20.9: Esquizofrenia não especificada

O grupo B, pertencente ao grupo das perturbações esquizoafectivas (F.25), subdividiu-se da seguinte maneira:

- F25.0: Perturbação esquizoafectiva, tipo maníaco
- F25.1: Perturbação esquizoafectiva, tipo depressivo
- F25.2: Perturbação esquizoafectiva, tipo misto
- F25.9: Perturbação esquizoafectiva, não especificada

O grupo C, pertencente ao grupo das perturbações psicóticas agudas e transitórias (F.23), subdividiu-se da seguinte maneira:

- F23.2: Perturbação psicótica esquizofreniforme aguda

Embora a esquizofrenia predominasse nos dois sexos (18,8% do total de mulheres) era mais predominante no sexo masculino (53,1% do total de homens).

Constatou-se que os 25 indivíduos do sexo feminino (39,1%), 11 (17,2%) apresentava o diagnóstico de perturbação esquizoafectiva e 2 (3,1%) perturbação psicótica aguda transitória.

Dos 39 homens (60,9%), 34 (53,1%) tinham o diagnóstico de esquizofrenia com predominância para o diagnóstico de esquizofrenia paranóide (34,8%), apenas 4 (6,3%) com perturbação esquizoafectiva e 1 (1,6%) com perturbação psicótica aguda.

Tabela 17. Distribuição por diagnóstico vs sexo (distribuição de frequências)

	<b>Diagnóstico</b>							
	Esquizofrenia		Pert. Esquizoafectiva		Pert. Psicóticas Agudas e transitórias		Total	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Feminino	12	18,8	11	17,2	2	3,1	25	39,1
Masculino	34	53,1	4	6,3	1	1,6	39	60,9
<b>Total</b>	46	71,9	15	23,4	3	4,7	64	100,0

Em relação ao diagnóstico de esquizofrenia, constata-se que a esquizofrenia paranóide é a mais predominante nos homens (34,8%), enquanto que nas mulheres é a esquizofrenia não especificada (8,7%).

Tabela 18. Distribuição por tipo de diagnóstico (esquizofrenia) e sexo (distribuição de frequências)

	<b>Sexo</b>					
	Feminino		Masculino		Total	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Esq. Paranóide	3	6,5	16	34,8	19	41,3
Esq. Hebefrénica	1	2,2	5	10,9	6	13,0
Esq. Indiferenciada	2	4,3	4	8,7	6	13,0

Depressão pós-psicótica	1	2,2	1	2,2	2	4,3
Esq. Residual	1	2,2	5	10,9	6	13,0
Esq. não especificada	4	8,7	3	6,5	7	15,2
<b>Total</b>	12	26,1	34	73,9	46	100,0

### 1.3.2. Regime de tratamento

De maneira a recolher uma amostra que englobasse pessoas doentes com variabilidade, segundo o regime de tratamento, os 64 indivíduos distribuem-se da seguinte forma: 19 (29,7%) encontram-se em regime de internamento de curta duração; 28 (43,8%) em tratamento ambulatorial; 5 (7,8%) em hospital de dia; 4 (6,3%) em internamento de longa duração (equivalente a mais dois anos) e 8 (12,5%) estão numa residência comunitária protegida (tabela 19).

Tabela 19. Regime de tratamento (parâmetros)

	N.º	Percentagem
Internamento agudo de curta duração	19	29,7
Internamento de longa duração (+ de 2 anos)	4	6,3
Hospital de dia	5	7,8
Ambulatório	28	43,8
Residência	8	12,5
<b>Total</b>	64	100,0

Dos 19 indivíduos (29,7%) internados em regime de curta duração, 7 (10,9%) encontram-se em internamento compulsivo (tabela 20), sem diferenças significativas entre os sexos (tabela 21).

Tabela 20. N.º de internamentos de curta duração – compulsivos?

	N.º	Percentagem
Sim	7	36,8
Não	12	63,2
<b>Total</b>	19	100,0

De acordo com estes resultados, verifica-se que 15,8% das mulheres estava em regime de internamento de curta duração compulsivo, enquanto que 21,1% dos homens estava nesta condição.

Tabela 21. Internamentos compulsivos vs sexo

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Sim	3	15,8	4	21,1
Não	7	36,8	5	26,3
<b>Total</b>	10	52,6	9	47,4

Dos 64 indivíduos (100,0%), 53,1% referem já ter tido entre 1-2 internamentos, 16 (25,0%) entre 3-4 internamentos e 13 (20,3%) nunca estiveram internados. Apenas uma pessoa referiu ter mais de quatro internamentos (tabela 22).

Tabela 22. N.º de internamentos anteriores

	N.º	Percentagem
Nenhum internamento	13	20,3
1-2 internamentos	34	53,1
3-4 internamentos	16	25,0
Mais de 4 internamentos	1	1,6
<b>Total</b>	64	100,0

Verifica-se que 20,3% das mulheres já tinha tido entre 1 a 2 internamentos, enquanto que 32,8% dos homens tinha igualmente tido 1 a 2 internamentos. Nenhuma mulher referiu ter tido mais de 4 internamentos e apenas 1 homem referiu ter tido igual número de internamentos.

Tabela 23. N.º de internamentos anteriores vs sexo

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Nenhum internamento	5	7,8	8	12,5
1-2 internamentos	13	20,3	21	32,8
3-4 internamentos	7	10,9	9	14,1
Mais de 4 internamentos	0	0	1	1,6
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

### 1.3.3. Antecedentes psiquiátricos

Através da consulta do processo clínico, e da entrevista efectuada junto de cada pessoa doente, constatou-se que 37 (57,8%) indivíduos têm história de antecedentes psiquiátricos.

Tabela 24. Antecedentes psiquiátricos (parâmetros)

	N.º	Percentagem
Com antecedentes	37	57,8
Sem antecedentes	27	42,2
<b>Total</b>	64	100,0

Em 29,7% dos casos foi referido que era um dos pais e que tinha a mesma doença psiquiátrica do/a filho/a. Em 17 casos (45,9%) verifica-se que, apesar de um dos pais ter uma doença psiquiátrica, não era a mesma que a do próprio. Em 4 casos (10,8%) verifica-se que

havia, pelo menos, um irmão com a mesma doença. Em 10 casos (27,0%) há um familiar próximo (que não um dos pais) com a mesma doença e apenas numa situação (2,7%) há o registo de um familiar próximo (que não um dos pais) com doença psiquiátrica que não corresponde à mesma da pessoa que estava a ser avaliada.

Tabela 25. Antecedentes psiquiátricos (parâmetros)

	N.º	Percentagem
Um dos pais com a mesma doença	11	29,7
Irmão com a mesma doença	4	10,8
Familiar próximo (que não é um dos pais) com a mesma doença	10	27,0
Um dos pais com doença psiquiátrica que não é a mesma	17	45,9
Um dos familiares próximos com doença psiquiátrica que não é a mesma	1	2,7
<b>Total</b>	37	116,2

#### 1.3.4. Idade de início da doença

Determinou-se uma idade média de início da doença entre 21,26 anos, daí que 39,1% dos casos se tivesse situado na classe etária entre os 18-21 anos.

Tabela 26. Idade de início da doença (distribuição por frequências)

	N.º	Percentagem
Menos de 18 anos	12	18,8
18-21 anos	25	39,1
22-25 anos	19	29,7
26-29 anos	5	7,8
Mais de 29 anos	3	4,7
<b>Total</b>	64	100,0

Evidencia-se que em 82,0% dos homens o início da doença ocorreu até aos 21 anos, enquanto que nas mulheres (52,0%) manifesta-se entre os 22 e os 25 anos.

Tabela 27. Idade de início da doença (distribuição por frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Menos de 18 anos	2	3,1	10	15,6
18-21 anos	3	4,7	22	34,4
22-25 anos	13	20,3	6	9,4
26-29 anos	4	6,3	1	1,6
Mais de 29 anos	3	4,7	0	.0
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

### 1.3.5. Anos de tratamento psiquiátrico

A média de anos de tratamento psiquiátrico é de 13,64 anos, situando-se a moda no intervalo de mais de 19 anos.

Verifica-se que 34,4% dos casos recebiam tratamento psiquiátrico há mais de 19 anos, 20,3% há menos de 5 anos, 12,5% entre 5-9 anos e 14,1% entre 15-19 anos.

Tabela 28. Anos de tratamento psiquiátrico (distribuição por frequências)

	N.º	Percentagem
Menos de 5 anos	13	20,3
5-9 anos	8	12,5
10-14 anos	12	18,8
15-19 anos	9	14,1
Mais de 19 anos	22	34,4
<b>Total</b>	64	100,0

Não se registaram diferenças significativas entre os sexos.

Tabela 29. Anos de tratamento psiquiátrico vs sexo (distribuição por frequências)

Sexo				
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Menos de 5 anos	5	7,8	8	12,5
5-9 anos	2	3,1	6	9,4
10-14 anos	4	6,3	8	12,5
15-19 anos	6	9,4	3	4,7
Mais de 19 anos	8	12,5	14	21,9
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

### 1.3.6. Tentativas de suicídio (episódios anteriores)

Constata-se, através da entrevista e da consulta do processo clínico, que 26 dos indivíduos (40,6%) já tinham feito, pelo menos, uma tentativa de suicídio

Tabela 30. Tentativas de suicídio

	N.º	Percentagem
Com tentativas de suicídio	26	40,6
Sem tentativas de suicídio	38	59,4
<b>Total</b>	64	100,0

Não se evidencia uma diferença acentuada entre os sexos (44,0% das mulheres e 38,5% dos homens).

Tabela 31. Tentativas de suicídio vs sexo (distribuição por frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Com tentativas de suicídio	11	17,2	15	23,4
Sem tentativas de suicídio	14	21,9	24	37,5
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

### 1.3.7. Número de crises (anteriores)

Nos 64 indivíduos avaliados verifica-se que a maioria registou 2-3 crises, sendo este o intervalo de crises mais frequente.

Verifica-se que 59,4% do total de pessoas doentes tiveram entre 2-3 crises.

Tabela 32. N.º de crises (distribuição por frequências)

	N.º	Percentagem
1 crise	2	3,1
2-3 crises	38	59,4
4-5 crises	17	26,6
6-7 crises	6	9,4
Mais de 7 crises	1	1,6
<b>Total</b>	64	100,0

Destaca-se, no entanto, que no caso das mulheres 72,0% recaíram dentro deste intervalo, enquanto que nos homens o valor foi de 51,3%.

Tabela 33. N.º de crises vs sexo (distribuição por frequências)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
1 crise	1	1,6	1	1,6
2-3 crises	18	28,1	20	31,3
4-5 crises	6	9,4	11	17,2
6-7 crises	0	.0	6	9,4
Mais de 7 crises	0	.0	1	1,6
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

### 1.4. Consumo de substâncias aditivas

No total das 64 pessoas doentes entrevistadas, apenas 10 (15,6%) referiu consumir, no momento actual em que ocorreu a entrevista, substâncias aditivas.

Tabela 34. Consumo de substâncias aditivas

	N.º	Percentagem
Consome actualmente substâncias	10	15,6
Não consome actualmente substâncias	54	84,4
<b>Total</b>	64	100,0

A substância referida que estava a ser consumida na altura foi o haxixe (77,8%).

Tabela 35. Substâncias consumidas

	N.º	Percentagem
Haxixe	7	77,8
Erva	3	33,3
Ecstasy/drogas sintéticas	1	11,1
Álcool	2	22,2
<b>Total</b>	9	144,4

**Nota:** Resposta Múltipla.

Porém, em 51,6% dos casos, foi referido que já tinham consumido alguma substância aditiva em momentos anteriores e também neste tópico a substância predominante consumida foi o haxixe (87,9%).

Tabela 36. Já alguma vez consumiu?

	N.º	Percentagem
Sim	33	57,9
Não	24	42,1
<b>Total</b>	57	100,0

Tabela 37. Que substâncias consumiu?

	N.º	Percentagem
Haxixe	29	87,9
Erva	1	3,0
Cocaína	4	12,1
Heroína	4	12,1
Ecstasy/drogas sintéticas	2	6,1
Álcool	5	15,2
<b>Total</b>	33	136,4

**Nota:** Resposta Múltipla.

12 destes indivíduos (36,4%) referem ter deixado esse consumo há mais de três anos, 9 (27,3%) há menos de um ano, 5 (15,2%) há mais de um ano, 5 (15,2%) há mais de 10 anos e apenas 2 (6,1%) há menos de um mês.

Tabela 38. Há quanto tempo deixou?

	N.º	Percentagem
Há menos de 1 mês	2	6,1
Há menos de 1 ano	9	27,3
Há mais de 1 ano	5	15,2
Há mais de 3 anos	12	36,4
Há mais de 10 anos	5	15,2
<b>Total</b>	33	100,0

Verifica-se que 14,1% das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia já consumiram alguma substância activa e 1,6% responderam também que sim com diagnóstico de perturbação esquizoafectiva.

Tabela 39. Consumo de substâncias vs diagnóstico (distribuição por frequências)

	Diagnóstico							
	Esquizofrenia		Pert. Esquizoafectiva		Pert. Psicóticas Agudas e transitórias		Total	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Sim	9	14,1	1	1,6	0	.0	10	15,6
Não	37	57,8	14	21,9	3	4,7	54	84,4
<b>Total</b>	46	71,9	15	23,4	3	4,7	64	100,0

### 1.5. Adesão ao tratamento farmacológico

Como forma de verificar o nível de entendimento dado por cada sujeito em relação à medicação, foi-lhes perguntado para que servia a medicação (psiquiátrica) que, no momento da entrevista, se encontravam a fazer. Obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 40. Para que serve a medicação que faz?

	N.º	Percentagem
Para ficar calmo.	34	53,1
Para não ter crises.	20	31,3
Para dormir melhor.	15	23,4
Para deixar de ter os sintomas que tenho (sint.+).	14	21,9
Para conseguir fazer o que fazia antes.	18	28,1
Não preciso de medicação. Não estou doente.	5	7,8
Não serve para nada	3	4,7
<b>Total</b>	64	170,3

**Nota:** Resposta Múltipla.

Como se pode constatar, dos 64 indivíduos entrevistados quando interrogados para que servia a medicação que estavam a fazer, em 53,1% dos casos, foi referido que servia para ficarem calmos. 31,3% referiram que era para não terem crises, 28,1% mencionaram que era para conseguirem fazer o que faziam antes, 21,9% referiram que era para deixar de ter sintomas



(relacionados com sintomatologia positiva) e apenas 7,8% dos casos mencionaram que não estavam doentes e que por isso a medicação não era necessária. Apenas 3 (4,7%) refere que a medicação não servia para nada.

Nas explicações dadas segundo o diagnóstico, destaca-se que 60,9% das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia referem que a medicação as ajuda a ficar calmas, 53,3% das pessoas com diagnóstico de perturbação esquizoafectiva referem que a medicação as ajuda a retomar aquilo que faziam antes e quanto ao diagnóstico das perturbações psicóticas agudas e transitórias, 66,7% referem que a medicação as ajuda a deixar de ter crises, para não terem os sintomas (positivos) que tinham anteriormente e para as ajudar a conseguir fazer aquilo que faziam antes de adoecer.

Tabela 41. Para que serve a medicação que faz? vs diagnóstico – distribuição por frequências

	<b>Diagnóstico</b>					
	Esquizofrenia		Pert. Esquizoafectiva		Pert. Psicóticas Agudas e transitórias	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Para ficar calmo.	28	60,9	5	33,3	1	33,3
Para não ter crises.	13	28,3	5	33,3	2	66,7
Para dormir melhor.	13	28,3	2	13,3	0	.0
Para deixar de ter os sintomas que tenho (sint.+).	9	19,6	3	20,0	2	66,7
Para conseguir fazer o que fazia antes.	8	17,4	8	53,3	2	66,7
Não preciso de medicação. Não estou doente.	3	6,5	2	13,3	0	.0
Não serve para nada	3	6,5	0	.0	0	.0
<b>Total</b>	46	167,4	15	166,7	3	233,3

**Nota:** Resposta Múltipla.

Ainda em relação à medicação, quando as pessoas doentes são questionadas se já tinham deixado de a tomar alguma vez, apenas 1 indivíduo (1.6%) disse que não. 3 (4.7%) referiram ser a primeira vez que estavam a tomar e 60 (93.8%) referiram já ter experimentado deixar de a tomar.

Tabela 42. Já alguma vez deixou de tomar? (distribuição por frequências)

	<b>N.º</b>	<b>Percentagem</b>
É a primeira vez que estou a tomar	3	4,7
Sim	60	93,8
Não	1	1,6
<b>Total</b>	64	100,0

Verifica-se que 37,6% das mulheres já tinham deixado de tomar a medicação, enquanto que 56,3% dos homens também já o tinham feito. Nenhuma mulher não tinha deixado a medicação e apenas um homem (1,6%) também não o tinha feito.

Uma mulher (1,6%) estava a tomar a medicação pela primeira vez, enquanto que 3,1% dos homens o estavam a fazer.

Tabela 43. Já alguma vez deixou de tomar? vs Sexo

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
É a primeira vez que estou a tomar	1	1,6	2	3,1
Sim	24	37,5	36	56,3
Não	0	,0	1	1,6
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

Verifica-se que 95,7% dos sujeitos com esquizofrenia já tinham deixado a medicação e que apenas 2,2% não o tinham feito. Nas pessoas com diagnóstico de perturbação esquizoafectiva, 93,3% referem já ter deixado de tomar a medicação e 66,7% também já o fizeram, no que diz respeito a pessoas com perturbações psicóticas agudas e transitórias.

Tabela 44. Já alguma vez deixou de tomar? vs diagnóstico (distribuição por frequências)

	Diagnóstico							
	Esquizofrenia		Pert. Esquizoafectiva		Pert. Psicóticas Agudas e transitórias		Total	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
É a primeira vez que estou a tomar	1	2,2	1	6,7	1	33,3	3	4,7
Sim	44	95,7	14	93,3	2	66,7	60	93,8
Não	1	2,2	0	.0	.0	.0	1	1,6
<b>Total</b>	46	100,0	15	100,0	3	100,0	64	100,0

Ao serem interrogados sobre os motivos dessa interrupção, 30 (50,0%) referem os efeitos secundários como a principal causa. 26 (43,3%) julgavam que a medicação já não era necessária porque achavam que já estavam *curados*. Em igual percentagem (20,0%) foi referido, por parte dos entrevistados, que a medicação não era a adequada aos seus “verdadeiros” problemas e porque deixavam de ser eles próprios. Em 10 casos (16,7%) foi mencionado que, com a medicação, se sentiam piores.

Tabela 45. Se sim, porquê?

	N.º	Percentagem
Por causa dos efeitos secundários.	30	50,0
Porque achava que já estava curado.	26	43,3
Porque deixava de ser eu.	12	20,0
Porque não era a medic. adequada para os meus prob.	12	20,0
Porque me sentia pior.	10	16,7
Porque não estou doente.	5	8,3
<b>Total</b>	60	158,3

**Nota:** Resposta Múltipla

### 1.6. Tipo de tratamento, para além do médico

Para além do acompanhamento médico, e tendo em consideração a importância da abordagem multidisciplinar no tratamento de pessoas com diagnóstico de psicose, verifica-se que 39,1% tinham, na altura da entrevista, outro acompanhamento para além do médico.

Essa intervenção complementar foi distribuída em acompanhamento psicológico, psicopedagógico e apoio familiar.

Na altura da avaliação, não se encontrava a decorrer, junto de cada sujeito, qualquer intervenção de apoio familiar, o que não quer dizer que não tenha havido anteriormente.

Registou-se 11 casos (17,2%) em que a pessoa doente se encontrava a ter acompanhamento psicológico (9 desses casos beneficiavam de uma psicoterapia de orientação dinâmica e 2 de psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental).

Quanto ao acompanhamento psicopedagógico, constatou-se que 14 desses sujeitos (21,9%) beneficiavam, na altura da entrevista, deste tipo de intervenção.

Tabela 46. Outro acompanhamento para além do médico

	N.º	Percentagem
Psicológico	11	44,0
Psicopedagógico	14	56,0
<b>Total</b>	25	100,0

### 1.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA DO BPRS

#### 1.7.1. Descrição do instrumento

O BPRS é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a gravidade dos sintomas psicopatológicos. A versão alargada deste instrumento, utilizada neste estudo, é composta por 24 variáveis clínicas classificadas numa escala de gravidade de likert de 7 pontos. A pontuação máxima é de 168. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade dos sintomas psicopatológicos.

De acordo com os objectivos deste estudo as 24 variáveis distribuíram-se em 6 *clusters* (sintomas positivos, sintomas maníacos, sintomas negativos, sintomas depressivos, resistências do paciente ao tratamento e sintomas de ansiedade).

São considerados sintomas positivos: "grandiosidade" (item 8); "desconfiança" (item 9.); "alucinações" (item 10); "conteúdo insólito do pensamento" (item 11); "comportamento bizarro" (item 12); "desorganização conceptual" (item 15); "maneirismos" (item 24).

### 1.7.2. Sintomas positivos

Na amostra recolhida, verificou-se que o sintoma positivo mais presente corresponde à “desconfiança” (item 9) registando-se em 84,4% dos casos a presença desse sintoma. No entanto, de acordo com a classificação atribuída, não se constatarem situações “graves” ou “extremamente graves” do mesmo. Em 32,8% dos casos o sintoma foi identificado como “muito ligeiro”. Em 23,4% para “ligeiro” e “moderado” e 4,7% para moderadamente grave. Não se registaram casos “graves” ou “extremamente graves”.

Verificou-se que três indivíduos não registaram nenhum sintoma positivo, ou seja, este tipo de sintomas encontrou-se presente em 95% da amostra. Há nove indivíduos com a totalidade dos sintomas positivos (os 7), que corresponde a 14% da amostra, sendo que a presença conjunta de sintomas positivos é o mais frequente.

A média corresponde ao nível médio de grau do sintoma que vai de 1- Ausente a 7- Extremamente grave.

A média dos sintomas positivos é de 2,58 e o desvio padrão de 0,59, o que corresponde a uma presença média ligeira dos sintomas positivos (situando-se entre o 2 e o 3 na escala utilizada)

Nos sintomas positivos, os maneirismos são os que representam a menor amplitude de intervalo de variação, correspondendo a menor dispersão, enquanto que o conteúdo insólito do pensamento e as alucinações representam o maior intervalo de variação sendo também maior a dispersão.

Tabela 47. Sintomas positivos

SINTOMAS POSITIVOS	PRESENÇA DO SINTOMA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	INTERVALO DE VARIAÇÃO
Desconfiança (9)	84,4%	3,00	0,95	[2-5]
Conteúdo insólito do pensamento (11)	71,9%	2,95	1,15	[2-6]
Desorganização conceptual (15)	56,3%	2,38	0,76	[2-5]
Alucinações (10)	53,1%	2,82	1,05	[2-6]
Grandiosidade (8)	48,4%	2,64	1,05	[2-5]
Comportamento bizarro (12)	46,9%	2,53	0,89	[2-5]
Maneirismos (24)	35,9%	2,21	0,42	[2-3]
<b>Total</b>		2,58	0,59	

### 1.7.3. Sintomas maníacos

O segundo *cluster* é constituído pelo grupo dos sintomas maníacos: “humor exaltado” (7); “desorientação” (14); “tensão” (19); “excitabilidade” (21); “distrabilidade” (22); “hiperactividade motora” (23).

O sintoma maníaco mais presente é o item 19. referente à variável “tensão”. Em 68,8% o sintoma estava presente, tendo sido classificado como “muito ligeiro” em 56,3%, “ligeiro” em 10,9% e “moderadamente grave” em 1,6% dos casos.

Verificou-se que sete indivíduos não registaram nenhum sintoma maníaco, ou seja, este tipo de sintoma encontrou-se presente em 89,1% da amostra. Houve apenas um indivíduo com presença de todos os sintomas maníacos (os 6), que corresponde a 1,6% da amostra.

A média dos sintomas maníacos é de 2,31 e o desvio padrão de 0,49, que é inferior à média dos sintomas positivos e que tem menor dispersão que estes também. A média corresponde ao nível médio de grau do sintoma que vai de 1- Ausente a 7- Extremamente grave.

Nos sintomas maníacos, o item desorientação é o que apresenta uma menor amplitude de intervalo de variação, correspondendo a menor dispersão, enquanto que os itens tensão, humor exaltado e hiperactividade motora representam o maior intervalo de variação sendo também maior a dispersão.

Tabela 48. Sintomas maníacos

SINTOMAS MANÍACOS	PRESENÇA DO SINTOMA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	INTERVALO DE VARIAÇÃO
Tensão (19)	68,8%	2,22	0,56	[2-5]
Excitabilidade (21)	53,1%	2,47	0,66	[2-4]
Humor exaltado (7)	48,4%	2,67	0,83	[2-5]
Distrabilidade (22)	31,3%	2,30	0,65	[2-4]
Hiperactividade motora (23)	21,9%	2,50	0,85	[2-5]
Desorientação (14)	7,8%	2,00	0,00	[2-2]
<b>Total</b>		2,31	0,49	

#### 1.7.4. Sintomas negativos

No terceiro *cluster* foram incluídos os sintomas negativos: “negligência da própria pessoa” (13); “embotamento afectivo” (16); “ressonância afectiva” (17); “lentificação motora”(18).

Verificou-se que o item 18. “lentificação motora” representou o sintoma negativo mais presente (37.5%). Foi classificado como “muito ligeiro” em 23,4%, ligeiro em 9,4% e moderado em 4,7 % dos casos.

Registou-se, contudo, que os restantes sintomas pertencentes a este grupo apresentaram valores médios aproximados.

Vinte e quatro indivíduos não registaram nenhum sintoma negativo, o que corresponde a 37,5% da amostra. Os restantes quarenta apresentaram, pelo menos, um sintoma negativo (62,5%).

A média dos sintomas é de 2,25 e o desvio padrão de 0,44. A média corresponde ao nível médio de grau do sintoma que vai de 1- Ausente a 7- Extremamente grave.

Nos sintomas negativos, o item correspondente à ressonância afectiva é aquele que apresenta uma menor amplitude de intervalo de variação, correspondendo a menor dispersão, enquanto que o item negligência da própria pessoa representa o maior intervalo de variação sendo também maior a dispersão.

De todos os grupos de sintomas, os sintomas negativos são os que registam menor média e menor variabilidade.

Tabela 49. Sintomas negativos

SINTOMAS NEGATIVOS	PRESENÇA DO SINTOMA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	INTERVALO DE VARIAÇÃO
Lentificação motora (18)	37,5%	2,50	0,72	[2-4]
Negligência da própria pessoa (13)	31,3%	2,30	0,73	[2-5]
Ressonância afectiva (17)	31,3%	2,25	0,44	[2-3]
Embotamento afectivo (16)	26,6%	2,29	0,58	[2-4]
<b>Total</b>		2,25	0,44	

### 1.7.5. Sintomas depressivos

Os sintomas depressivos representam o quarto grupo de sintomas que foi identificado. São incluídos neste *cluster* as seguintes variáveis: “depressão” (3); “tendências suicidárias” (4) e “sentimentos de culpa” (5).

Como se pode verificar, de acordo com os dados obtidos, o item 5., referente aos “sentimentos de culpa”, é aquele que esteve mais presente (em 87,5% dos casos). Foi classificado como “muito ligeiro” em 21,9% e “moderadamente grave” em 4,7% dos casos. Não foram registadas codificações “graves” ou “extremamente graves”.

Verificou-se que três indivíduos não registaram nenhum sintoma depressivo, o que corresponde a 4,7% da amostra.

Verificou-se, com base nestes dados, que o *cluster* referente aos sintomas depressivos foi aquele que teve valores mais elevados, isto é, onde os sintomas encontravam-se mais presentes.

Das possíveis explicações atribuídas a estes dados é importante, na medida do possível, compreender e ter em consideração que, por exemplo, os sentimentos de culpa (que foi o sintoma mais presente avaliado pelo BPRS), poderão estar associados a uma culpabilidade “psicótica” ou, eventualmente, estarem associados a uma maior crítica.

É sabido que a crítica na esquizofrenia pode estar relacionada a sintomas depressivos e ao risco de suicídio (Peralta; Cuesta, 1994; Kemp; Lambert, 1995; Smith et al., 1998; Moore et al., 1999; Carrol et al., 1999; Mintz et al., 2003).

A média dos sintomas depressivos é de 2,81 e o desvio padrão de 0,69. A média corresponde ao nível médio de grau do sintoma que vai de 1- Ausente a 7- Extremamente grave.

Nos sintomas depressivos, o item tendências suicidárias é o que apresenta uma menor amplitude de intervalo de variação, correspondendo a menor dispersão, enquanto que o item depressão representa o maior intervalo de variação sendo também maior a dispersão.

De todos os grupos de sintomas, os sintomas depressivos são os que registam maior média, mas que não chega a atingir o ponto 3 da escala.

Tabela 50. Sintomas depressivos

SINTOMAS DEPRESSIVOS	PRESENÇA DO SINTOMA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	INTERVALO DE VARIAÇÃO
Sentimentos de culpa (5)	87,5%	3,10	0,84	[2-5]
Depressão (3)	79,7%	2,68	1,00	[2-6]
Tendências suicidárias (4)	21,9%	2,50	0,51	[2-3]
<b>Total</b>		2,81	0,69	

### 1.7.6. Resistências do paciente ao tratamento

O quinto *cluster* é constituído pelos seguintes itens: “hostilidade” (6) e “ausência de colaboração” (20), ambos referentes às resistências do paciente em relação ao tratamento. Constatou-se que em 50% dos casos a variável “hostilidade” encontrou-se ausente.

Quanto ao item 20., referente à variável “ausência de colaboração”, verifica-se que em 18,8% dos casos esteve presente. Em 12,5% dos casos foi classificado como “muito ligeiro”, em 4,7% como “ligeiro” e em 1,6% como “moderadamente grave”. O que significa que a maioria das pessoas que foram entrevistadas não apresentaram grandes resistências em relação à colaboração prestada.

Verificou-se que em 52 casos (81,3%) nenhum indivíduo demonstrou qualquer resistência ou impedimento ao longo da entrevista que dificultasse a sua execução.

A média do *cluster* “resistências do paciente ao tratamento” é de 2,53 e o desvio padrão de 0,94. A média corresponde ao nível médio de grau do sintoma que vai de 1- Ausente a 7- Extremamente grave.

Ambos os ítems apresentam o mesmo intervalo de variação.

De todos os grupos, o grupo correspondente às resistências do paciente ao tratamento é o que regista maior variabilidade ( $dp= 0,93$ ).

Tabela 51. Resistências do paciente ao tratamento

RESISTÊNCIAS DO PACIENTE AO TRATAMENTO	PRESENÇA DO SINTOMA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	INTERVALO DE VARIAÇÃO
Hostilidade (6)	50%	2,53	0,94	[2-5]
Ausência de colaboração (20)	18,8%	2,50	0,90	[2-5]
<b>Total</b>		2,53	0,93	

### 1.7.7. Sintomas de ansiedade

Por fim, o sexto *cluster* foi composto pelos sintomas de ansiedade. Fazem parte deste grupo as seguintes variáveis: "preocupação somática" (1) e "ansiedade" (2). Para ambos os itens a média é de 2,5.

Em, aproximadamente, 40,6% dos casos, a variável "preocupação somática" esteve "ausente".

Foi classificado em 40,6% como "muito ligeiro", 10,9% como "ligeiro", 4,7% como moderado" e 1,6% como "moderadamente grave" e "extremamente grave".

No item 2. referente à "ansiedade", verificou-se que esteve "ausente" em 12,5% dos casos. Foi classificado como "muito ligeiro" em 53,1%, "ligeiro" em 25%, moderado em 7,8% e "moderadamente grave" em 1,6% dos casos. Também neste item não se registaram codificações "graves" ou "extremamente graves".

Verificou-se que três indivíduos, o que corresponde a 4,7% da amostra, não registaram nenhum dos dois sintomas de ansiedade avaliados pelo instrumento.

A média do último grupo de sintomas referente aos sintomas de "ansiedade" é de 2,51 e o desvio padrão de 0,69. A média corresponde ao nível médio de grau do sintoma que vai de 1- Ausente a 7- Extremamente grave.

Nos sintomas de ansiedade, o item "ansiedade" é o que apresenta uma menor amplitude de intervalo de variação, correspondendo a menor dispersão, enquanto que o item preocupação somática representa o maior intervalo de variação sendo também maior a dispersão.

O item "preocupação somática" é o único, dentre os 24 itens avaliados, que atinge o valor 7 da escala (extremamente grave).

Tabela 52. Sintomas de ansiedade

SINTOMAS DE ANSIEDADE	PRESENÇA DO SINTOMA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	INTERVALO DE VARIAÇÃO
Ansiedade (2)	87,5%	2,51	0,73	[2-5]
Preocupação somática (1)	59,4%	2,55	1,05	[2-7]
<b>Total</b>		2,50	0,69	

A média total dos 24 itens referentes a este instrumento (BPRS) é de 2,94 e o desvio padrão de 0,49.

O número máximo de itens presentes é de 20 num total de 24.

O valor máximo obtido nesta amostra foi de 59 valores, numa escala que poderia ir até aos 168 valores, o que denota que a maioria das pessoas não se encontrava, no mês anterior à aplicação do instrumento, com sintomatologia psicopatológica grave ou muito grave. Este dado poderá igualmente ser justificado através do regime de tratamento das pessoas que foram



incluídas no estudo. 43,8% encontravam-se em regime de tratamento ambulatorial (o que poderá, eventualmente, representar um melhor controlo sintomático).

Houve ainda o cuidado por parte do investigador, mesmo nos casos em que as pessoas abrangidas se encontravam em internamento de curta duração (29,7%), de procurar incluir na amostra pessoas suficientemente aptas para responderem e preencherem os instrumentos, de modo a evitar, tanto quanto possível, eventuais enviesamentos.

Tabela 53. Resumo da presença do sintoma avaliado pelo BPRS (ordenação decrescente)

SINTOMAS	PRESENÇA DO SINTOMA	CLUSTER	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MODA
Ansiedade (2)	87,5%	Sint. Ansiedade	2,51	0,73	2
Sentimentos de culpa (5)	87,5%	Sint. Depressivo	3,10	0,69	3
Desconfiança (9)	84,4%	Sint. Positivo	3,00	0,95	2
Depressão (3)	79,7%	Sint. Depressivo	2,68	1,00	2
Conteúdo insólito do pensamento (11)	71,9%	Sint. Positivo	2,95	1,15	2
Tensão (19)	68,8%	Sint. Maníaco	2,22	0,56	2
Preocupação somática (1)	59,4%	Sint. Ansiedade	2,55	1,05	2
Desorganização conceptual (15)	56,3%	Sint. Positivo	2,38	0,76	2
Alucinações (10)	53,1%	Sint. Positivo	2,82	1,05	2
Excitabilidade (21)	53,1%	Sint. Maníaco	2,47	0,66	2
Hostilidade (6)	50%	Resistências (...)	2,53	0,95	2
Humor exaltado (7)	48,4%	Sint. Maníaco	2,67	0,83	2
Grandiosidade (8)	48,4%	Sint. Positivo	2,64	1,05	2
Comportamento bizarro (12)	46,9%	Sint. Positivo	2,53	0,89	2
Lentificação motora (18)	37,5%	Sint. Negativo	2,50	0,72	2
Maneirismos (24)	35,9%	Sint. Positivo	2,21	0,42	2
Distrabilidade (22)	31,3%	Sint. Maníaco	2,30	0,65	2
Negligência da própria pessoa (13)	31,3%	Sint. Negativo	2,30	0,73	2
Ressonância afectiva (17)	31,3%	Sint. Negativo	2,25	0,44	2
Embotamento afectivo (16)	26,6%	Sint. Negativo	2,29	0,58	2
Tendências suicidárias (4)	21,9%	Sint. Depressivo	2,50	0,51	2
Hiperactividade motora (23)	21,9%	Sint. Maníaco	2,50	0,85	2
Ausência de colaboração (20)	18,8%	Resistências (...)	2,50	0,90	2
Desorientação (14)	7,8%	Sint. Maníaco	2,00	0,00	2
<b>Total</b>			2,94	0,49	

### 1.7.8. Estudo da normalidade do BPRS

Foi verificada a normalidade dos valores do BPRS total através do teste Kolmogorov-Smirnov, que conduziu aos seguintes valores:

Tabela 54. Verificação da normalidade dos valores do BPRS

	MÉDIA
MÉDIA	42,56
DESVIO – PADRÃO	9,98
KOLMOGOROVV-SMIRNOV Z	,706
	,701

pelo que se conclui que como  $p = 0.701 > 0,05$  os valores do BPRS distribuem-se normalmente.

### 1.7.9. Análise comparativa do BPRS com o AGF

De maneira a verificar se a gravidade dos sintomas estava relacionada com o nível global de funcionamento, efectuou-se o cruzamento entre esses dois instrumentos.

Tabela 55. Análise comparativa BPRS e AGF

	AGF	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
TOTAL BPRS	Até 50	36	40,80	1,77
	Mais de 50	28	23,39	1,16

Constatou-se que a pontuação no AGF até 50 tem uma média no BPRS inferior ao AGF de 50 (40,80 vs 23,39).

Foi, neste sentido, testada a hipótese de que a média do BPRS nos dois grupos do AGF diferem significativamente. Aplicando o teste t, conclui-se que há diferenças significativas entre o BPRS total dos 2 grupos ( $p < 0,05$ ).

Ainda com o objectivo de comparar o BPRS com o AGF, e tentar perceber a existência de associação entre estas 2 medidas, calcularam-se as correlações entre estas duas escalas, utilizando o valor total obtido para cada indivíduo. Para se calcular estas correlações utilizou-se o coeficiente de correlação R de *Pearson*. Este coeficiente é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é a associação linear. A associação pode ser negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, isto é, os aumentos de variável estão associados, em média, a diminuições da outra; ou pode ser positiva, se a variação entra as variáveis for no mesmo sentido.

Por convenção sugere-se que:

Tabela 56. Escala de avaliação por níveis de associação

R<0,2	Muito baixa
Entre 0,2 e 0,39	Baixa
Entre 0,4 e 0,69	Moderada
Entre 0,7 e 0,89	Alta
0,9 e 1	Muito alta

O coeficiente de correlação R de *Pearson* assume que os dados provêm de duas populações normais (verificado anteriormente no ponto 1.7.9. para o BPRS e no ponto 1.7.10. que se segue para o AGF) e que existe uma relação linear entre as duas variáveis. Observando-se os valores das correlações entre o instrumento utilizado para avaliação da gravidade dos sintomas (BPRS) e escala de avaliação global do funcionamento (AGF), verifica-se que  $R = -0,814$  ( $p = 0 < 0,05$ ) indicando uma associação linear alta entre o BPRS e o AGF, ou seja, há uma associação

negativa, que indica que conforme maior a pontuação registada no BPRS, menor a registada no AGF e vice-versa. Elevando R ao quadrado obtém-se 0,66 que é o coeficiente de determinação e que multiplicado por 100 indica qual a percentagem de variação de uma variável que é determinada pela outra. Assim, 66% da variação do BPRS é explicada pelo AGF e vice-versa.

Isto significa que quanto maior for a pontuação dada no AGF (escala de avaliação do funcionamento global), menor a pontuação no BPRS (escala de avaliação da gravidade dos sintomas), isto é, quanto mais funcional a pessoa está menos doente se encontra, ou menos sintomas tem, o que faz todo o sentido pois sente-se mais capacitada e funcional para desempenhar algum tipo de actividade ou, simplesmente, para se relacionar com os que lhe rodeiam.

#### **1.7.10. Análise comparativa do BPRS com a escala de *insight* de Marková et al., 2003**

##### **Sintomas positivos**

Apesar dos resultados obtidos através dos estudos que procuram compreender a eventual relação entre os sintomas positivos e o *insight* serem inconsistentes, optou-se também nesta investigação, esclarecer de que modo esses resultados iam ao encontro dos alcançados em investigações anteriores.

A interpretação efectuada à literatura sugere que os estudos que se focam nos diferentes aspectos do *insight*, utilizando métodos diferentes, contribuem para resultados desiguais e incongruentes.

Estudos como os de Bartkó et al. (1988); McEvoy et al.; Apperson et al. (1989) e Amador et al. (1993), não encontraram correlações significativas entre os sintomas positivos. A conclusão obtida perante estes resultados é a de que o *insight* poderá ser uma característica fenomenológica independente.

Segundo Amador et al. (1993) alguns pacientes podem reconhecer os sinais da doença mas atribuem a presença dos mesmos a outras razões que não estão associadas à disfunção mental.

Amador et al. (1994) apresentaram um estudo de larga dimensão em que se verificou que em pessoas com esquizofrenia, as alucinações, as perturbações do pensamento e o comportamento desorganizado estavam todos modestamente correlacionados com um baixo reconhecimento da doença mental e vários sintomas positivos.

Estes resultados indicam que o não reconhecimento da doença é claramente um sintoma da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas.

Mintz et al. (2003) examinaram 40 estudos que foram conduzidos para determinar a relação entre o *insight* e a gravidade dos sintomas na esquizofrenia. Foi descoberto, como aliás foi já mencionado na revisão literária, que existia uma relação significativa entre a gravidade dos sintomas positivos e o *insight*. Estes dados são plenamente concordantes com os obtidos nesta investigação.

Tabela 57. Comparação entre sintomas positivos e nível de *insight*

Sintomas Positivos			
<i>Insight</i>	MÉDIA	N.º	DESVIO - PADRÃO
Ausência de <i>Insight</i>	17,55	9	6,06
<i>Insight</i> Reduzido	16,57	14	4,10
<i>Insight</i> Moderado	13,11	26	5,14
Com <i>Insight</i>	10,13	15	2,09
<b>Total</b>	13,79	64	5,17

### Sintomas negativos

Também a propósito da eventual correlação entre sintomas negativos e *insight*, os resultados obtidos nos estudos têm-se revelado algo incongruentes.

Num estudo realizado por Amador et al. (1993), verificou-se que as associações entre a falta de *insight* e os sintomas negativos primários eram mais fortes do que as associações encontradas previamente entre a falta de *insight* e ambos os sintomas positivos e negativos.

Tais resultados sugerem que, enquanto um *insight* pobre pode não reflectir uma gravidade global dos sintomas, pode, mesmo assim, estar relacionado a sintomas individuais ou a grupos específicos de sintomas.

Teoricamente, a relação entre *insight* e sintomas negativos primários pode indicar que um *insight* pobre reflecte a capacidade de um indivíduo ter emoções.

Estudos como os de Bartkó et al (1988); McEvoy et al.; Apperson et al. (1989) e Amador et al. (1993), não encontraram correlações significativas entre os sintomas negativos. Estes dados são plenamente concordantes com os obtidos nesta investigação.

Tabela 58. Comparação entre sintomas negativos e nível de *insight*

Sintomas Negativos			
<i>Insight</i>	MÉDIA	N.º	DESVIO - PADRÃO
Ausência de <i>Insight</i>	3,22	9	3,19
<i>Insight</i> Reduzido	4,14	14	4,07
<i>Insight</i> Moderado	2,65	26	3,28
Com <i>Insight</i>	2,26	15	2,91
<b>Total</b>	2,96	64	3,37

## Sintomas maníacos

Van Putten (1976) fala-nos da hipótese do paciente negar a existência de ser portador de uma doença mental, como resposta defensiva, numa tentativa de escapar à realidade depressiva da situação.

Lally (1989) considerou que o internamento psiquiátrico e a presença de sintomas psicóticos representam uma ameaça à auto-estima do paciente e à capacidade do próprio se ver como uma pessoa competente.

Devido à especificidade das características dos sintomas maníacos, a estratégia utilizada pode, em alguns casos, representar uma resposta maníaca que surge como mecanismo de defesa o que poderá implicar um reduzido nível de *insight*. Também em relação a este grupo de sintomas a investigação tem demonstrado resultados discordantes.

Estudos como os de Bartkó et al. (1988); McEvoy et al.; Apperson et al. (1989) e Amador et al. (1993), não encontraram correlações significativas entre os sintomas maníacos.

Os resultados obtidos nesta investigação revelam existir uma relação entre o nível de *insight* e os sintomas maníacos. Observa-se que quanto mais sintomas maníacos a pessoa apresenta, menos *insight* tem. Este dado é concordante com teorias psicológicas que associam a falta de *insight* como um mecanismo de defesa (ver modelo psicológico, página 24).

Tabela 59. Comparação entre sintomas maníacos e nível de *insight*

Sintomas Maníacos			
<i>Insight</i>	MÉDIA	N.º	DESVIO - PADRÃO
Ausência de <i>Insight</i>	10,66	9	5,29
<i>Insight</i> Reduzido	6,42	14	4,12
<i>Insight</i> Moderado	4,57	26	3,46
Com <i>Insight</i>	3,40	15	2,69
<b>Total</b>	5,56	64	4,34

## Sintomas depressivos

Marková (2005) refere que um maior nível de *insight* pode implicar a ocorrência de mais sintomas depressivos. O déficit de *insight*, segundo a autora, nestes pacientes pode ser visto como um mecanismo protector como forma de não sentirem o sofrimento associado à doença.

Alguns estudos têm apontado para uma correlação significativa entre os sintomas depressivos e o nível de *insight*. O facto das pessoas terem uma percepção mais clara da sua situação clínica, e consequentes déficits associados à mesma, poderá estar associado a um aumento dos sintomas depressivos (Thompson, 2001).

Também aqui, os dados obtidos são algo discordantes.

Os resultados obtidos nesta investigação não revelam a ocorrência de uma relação directa entre sintomas depressivos e *insight*.

Tabela 60. Comparação entre sintomas depressivos e nível de *insight*

Sintomas Depressivos			
<i>Insight</i>	MÉDIA	N.º	DESVIO - PADRÃO
Ausência de <i>Insight</i>	4,22	9	1,98
<i>Insight</i> Reduzido	7,35	14	3,41
<i>Insight</i> Moderado	4,76	26	2,51
Com <i>Insight</i>	5,40	15	2,72
<b>Total</b>	5,40	64	2,87

### Sintomas de ansiedade

O stress pessoal é algo que frequentemente se desconhece. A pessoa doente converte-se numa prioridade e deixa para segundo plano o cumprimento das suas necessidades básicas.

A identificação precoce de situações que podem ser desencadeadoras de níveis de ansiedade elevados é fundamental. Na maioria dos casos não há uma consciência clara no modo como situações desgastantes e, eventualmente, ameaçadoras podem originar um surto psicótico.

Apesar das pessoas com índices de ansiedade elevada poderem estar menos aptas a possuir um nível de *insight* mais profundo em relação a si mesmas, os dados obtidos nesta investigação não revelaram a ocorrência de uma relação directa entre essas variáveis.

Tabela 61. Comparação entre sintomas de ansiedade e nível de *insight*

Sintomas de Ansiedade			
<i>Insight</i>	MÉDIA	N.º	DESVIO - PADRÃO
Ausência de <i>Insight</i>	3,22	9	1,92
<i>Insight</i> Reduzido	4,35	14	1,59
<i>Insight</i> Moderado	3,84	26	2,07
Com <i>Insight</i>	3,20	15	1,97
<b>Total</b>	3,71	64	1,93

### BPRS TOTAL

A relação entre o nível de *insight* e a gravidade dos sintomas tem sido questionada. Estudos desenvolvidos até à data que se têm dedicado em tentar compreender esta relação, têm oferecido resultados algo inconsistentes (Whittman e Duffey, 1991).

Segundo Marková et al. (2005) há um elevado número de estudos que são desenvolvidos exactamente para analisar se o *insight* está relacionado com a gravidade dos sintomas. Os

resultados são variados. Esta variação, segundo a mesma autora, deve-se às traduções dadas ao termo e em relação ao instrumento utilizado. Num grande número de estudo, o fenómeno não é definido com exactidão e o instrumento pode não avaliar aquilo que se pretende investigar.

Segundo Marková (2005) há que ser efectuada uma distinção clara entre conceito (estrutura teórica) e fenómeno (aspectos clínicos).

A interpretação efectuada à literatura sugere que os estudos que se focam nos diferentes aspectos do *insight*, utilizando métodos diferentes, contribuem para resultados desiguais nas investigações.

Houve o cuidado, na execução desta investigação, em oferecer uma definição clara e em utilizar-se um instrumento que avaliasse, exactamente, o conceito que se pretendia avaliar.

Um estudo conduzido por Ghaemi e Pope (1994) revelou que a relação entre fraco *insight* e gravidade dos sintomas, utilizando instrumentos de avaliação standartizados de sintomas e escalas de avaliação do *insight*, não era muito clara.

Marková e Berrios (1992), pelo contrário, encontraram uma correlação significativa entre o nível de *insight* (utilizando a 1ª versão da *insight scale*, Marková et. al., 1992) e a psicopatologia (utilizando o BPRS).

Nesta investigação foram utilizados os mesmos instrumentos, mas com utilização 2ª versão da *insight scale*, Marková et. al., 2003, tendo os resultados sido plenamente concordantes.

Tabela 62. Comparação entre BPRS total e nível de *insight*

<b>BPRS Total</b>			
<i>Insight</i>	<b>MÉDIA</b>	<b>N.º</b>	<b>DESVIO - PADRÃO</b>
Ausência de <i>Insight</i>	49,89	9	10,00
<i>Insight</i> Reduzido	48,71	14	8,60
<i>Insight</i> Moderado	40,23	26	9,54
Com <i>Insight</i>	36,47	15	6,11
<b>Total</b>	42,56	64	9,98

## 1.8. ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (AGF)

A avaliação global do funcionamento foi medida através da escala AGF. A caracterização e o modo de utilização deste instrumento foi descrita capítulo IV deste trabalho (ver Métodos).

Obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 63. Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

	MÉDIA	DESVIO - PADRÃO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÍNIMO
ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO	50,64	17,31	85	21

O valor médio obtido na AGF foi de 50,64, o que corresponde, exactamente, à media do valor total do instrumento.

### 1.8.1. AGF vs Sexo

Não se registaram diferenças significativas entre o nível de funcionamento global e o sexo, tendo-se obtido os seguintes resultados:

Tabela 64. AGF vs sexo

AGF	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N.º	Percentagem	N.º	Percentagem
Até 50	17	26,6	19	29,7
Mais de 50	8	12,5	20	31,3
<b>Total</b>	25	39,1	39	60,9

Utilizando o qui-quadrado, testaram-se as seguintes hipóteses:

H0: As variáveis sexo e AGF são independentes;

H1: Existe uma relação entre as variáveis sexo e AGF, isto é, não são independentes.

Conclui-se que, como  $p=0,129>0,01$  não rejeito H0, logo há uma relação de independência entre sexo e a pontuação obtida no AGF.

Verificou-se, seguidamente, a normalidade do AGF.

As hipóteses a testar são:

H0: Os valores do AGF seguem distribuição normal

H1: Os valores do AGF não seguem distribuição normal

Aplicou-se o teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov.

Tabela 65. Teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov (médias)

	MÉDIA
MÉDIA	50,64
DESVIO – PADRÃO	17,31
KOLMOGOROV-SMIRNOV Z	1.03 ,235



Como o  $p = 0,235 > 0,05$  verifica-se a normalidade dos dados do AGF.

Atendendo às características da população que foi estudada e aos critérios de selecção utilizados, verificamos que há um défice a nível do funcionamento global por parte das pessoas com diagnóstico de psicose, o que reflecte bem a dificuldade manifestada em várias áreas do funcionamento. É por isso fundamental o desenvolvimento de abordagens que vão para ao encontro das necessidades identificadas e das áreas afectadas de maneira a possibilitar a reabilitação psicossocial.

No *Relatório Mundial de Saúde 2001* (p. 116) pode ler-se: "as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais socioeconómicas do país onde é levada a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração".

### **1.8.2. Análise comparativa da escala de *insight* de Marková et al., 2003 com a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)**

Da revisão literária dedicada ao tema, podemos constatar que a falta de *insight* representa uma das principais características mais prevalentes nas psicoses.

Esta falta de *insight* poderá ter implicações graves no curso da doença, na adesão ao tratamento e no funcionamento global da pessoa doente. Para esse efeito, torna-se fundamental que sejam desenvolvidos esforços que visem ir ao encontro das necessidades, procurando identificar potencialidades no sujeito para que deste modo se procure promover a sua autonomia e qualidade de vida.

Num estudo realizado por Lam e Wong (1997), verificou-se que o nível de funcionamento social estava ligeiramente relacionado com o nível de *insight*. Este dado é concordante com os resultados obtidos nesta investigação.

Os resultados obtidos neste trabalho revelam que um *insight* reduzido está intimamente relacionado com um funcionamento social pobre. Este dado é concordante com os resultados obtidos noutros trabalhos.

Tabela 66. Comparação entre AGF e nível de *insight*

AGF			
<i>Insight</i>	MÉDIA	N.º	DESVIO - PADRÃO
Ausência de <i>Insight</i>	32,88	9	7,20
<i>Insight</i> Reduzido	38,42	14	7,54
<i>Insight</i> Moderado	55,26	26	16,67
Com <i>Insight</i>	64,66	15	12,94
<b>Total</b>	50,64	64	17,31

De acordo com dados registados verificamos que quanto mais alta a pontuação adquirida na escala de avaliação global do funcionamento (AGF), menor a pontuação na escala de *insight* utilizada.

Um fraco *insight* poderá assim implicar uma maior tendência para o isolamento e indiferença em relação a si próprio e àquilo que rodeia cada sujeito, o que poderá influenciar o nível funcional e adaptativo.

Também Amador e cols. (1994) referem que a falta de *insight* estava associada a um funcionamento social empobrecido.

Soski e Bowers (1996) verificaram que os pacientes com esquizofrenia que tinham uma atitude mais positiva em relação à patologia, capazes de integrar a experiência psicopatológica com o restante das suas vidas, obtinham melhores níveis de funcionamento.

Wciórka (1988) refere, igualmente, que os pacientes que eram capazes de integrar as experiências psicóticas, apresentam um melhor nível de funcionamento global e ajustamento social.

## 1.9. ANÁLISE ESTATÍSTICA DA ESCALA DE *INSIGHT*, Marková et al., 2003

### 1.9.1. Descrição do instrumento

O instrumento utilizado para avaliar o *insight* nas psicoses foi a escala de Marková et al., 2003.

Os principais motivos que levaram à escolha deste instrumento encontram-se descritos e caracterizados no capítulo IV, referente a métodos.

Depois de efectuada a revisão nacional e internacional aos instrumentos validados e mais utilizados para avaliar o fenómeno em causa, verificou-se que não existia em Portugal, até à data, nenhum instrumento validado (ver capítulo II, referente à revisão da literatura).

A caracterização e o modo de aplicação deste instrumento foi descrita no capítulo IV deste trabalho.

### 1.9.2. *Insight* vs sexo

Verificou-se os valores resultantes entre o cruzamento com o instrumento de *insight* utilizado e algumas variáveis que serão apresentadas nos pontos que se seguem.

De forma a verificar se o sexo dos pacientes estava relacionado com o valor de *insight* total registado na escala utilizada, efectuou-se o cruzamento entre esta variável.

Tabela 67. *Insight* vs sexo

	SEXO	N.º	MÉDIA	DESVIO - PADRÃO
<b>INSIGHT SCALE, MARKOVÁ ET AL., 2003</b>	Feminino	25	15,20	9,81
	Masculino	39	18,0	7,49

Verifica-se que as mulheres obtêm um *insight* total inferior ao dos homens e apresentam maior variabilidade.

Por aplicação do teste t verificou-se que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p=0,202>0,05$ ).

### 1.9.3. *Insight* vs diagnóstico

A fim de efectuar a análise entre o *insight* versus diagnóstico, a variável independente (diagnóstico) tem 3 categorias (esquizofrenia, perturbação esquizoafectiva e perturbações psicóticas agudas e transitórias) impedindo, por isso, a utilização do teste t. Assim, irá ser aplicável, quando possível, a extensão do teste t para quando o factor tem mais que 2 categorias – a análise de variância, neste caso *One Way Anova* – e que permite verificar qual é o efeito de uma variável independente, de natureza qualitativa (factor) numa variável dependente (ou de resposta) de natureza quantitativa (*insight* total).

Na *One Way Anova*, o tamanho mínimo de casos na amostra global e para cada nível do factor é dado por (Hill *et al.*, 200:55):

Tabela 68. N.º de Níveis

	N.º de Níveis			
	3	4	5	6
<b>Dimensão total da amostra</b>	80	95	105	115
<b>Dimensão mínima da amostra por nível</b>	27	24	21	20

Fazendo a análise dos níveis do factor diagnostico tem-se:

Tabela 69. Dimensão da amostra por segmentos - diagnóstico

	<b>Esquizofrenia</b>	<b>Perturbação esquizoaffectiva</b>	<b>Perturbações psicóticas agudas e transitórias</b>
<b>Dimensão total da amostra</b>	48	15	3

Ou seja, apenas o nível esquizofrenia tem o tamanho mínimo para análise, através deste método. No entanto, a análise irá ser realizada apenas como indicação, destacando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos.

De qualquer forma, antes de se retirarem quaisquer conclusões a partir dos resultados observados, é necessário verificar os seguintes pressupostos:

- a. As observações dentro de cada grupo têm distribuição normal (verificado pelo teste de Kolmogorov Smirnov).

A análise dos dados conduziu à violação do pressuposto de normalidade para os diagnósticos perturbação esquizoaffectiva e perturbações psicóticas agudas e transitórias  $p < 0,05$ , pelo que se optou por aplicar o teste não paramétrico alternativo de Kruskal-Wallis.

Tabela 70. *Insight* total vs diagnóstico

	<b>Diagnóstico</b>	<b>N.º</b>	<b>Média</b>
<b>INSIGHT TOTAL</b>	Esquizofrenia	46	30,11
	Perturbação Esquizoaffectiva	15	36,57
	Perturbações Psicóticas agudas	3	48,83
	<b>Total</b>	64	

- b. As observações serem independentes entre si;
- c. Haver homocedasticidade, isto é, variâncias de cada grupo serem iguais entre si.

Tabela 71. Diagnóstico

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>N.º</b>	<b>DESVIO-PADRÃO</b>
Esquizofrenia	15,91	46	8,91
Perturbação Esquizoaffectiva	18,60	15	9,45
Perturbações Psicóticas agudas	23,66	3	5,77
<b>Total</b>	16,90	64	8,51

Tal como verificado nesta investigação, a falta de crítica é uma característica das psicoses. Quando o *insight* é, contudo, traduzido em termos de consciência para a doença mental e em relação à necessidade de tratamento, estudos como o de Amador et al. (1994) ou o de Pini (2001) revelam que esta falta de *insight* se encontra mais presente em pessoas com diagnóstico de

esquizofrenia, o que equivale a um aumento do número de recaídas, a um funcionamento social mais empobrecido e a um curso mais negativo da doença (DSM IV, 2002).

Os resultados obtidos por Amador et al. (1994) são concordantes com os encontrados no estudo piloto internacional da esquizofrenia (WHO, 1973).

Weiller et al. (2000) constata uma alta prevalência no que se refere à falta de *insight* na esquizofrenia quando comparada com outras perturbações mentais, por exemplo perturbação esquizoaffectiva.

Mohamend et al. (1998) diz-nos que pacientes com esquizofrenia apresentam uma falta de *insight* parcial ou total.

Lysaker et al. (1998) falam-nos em taxas semelhantes entre a falta de *insight* em pacientes com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, o que é concordante com os dados obtidos nesta amostra.

#### 1.9.4. *Insight* vs classe social

1º. Verificação dos pressupostos para aplicação de Análise de Variância Simples.

Neste caso o factor *classe social* tem 4 níveis e em todos eles deveria haver uma amostra mínima de 24 elementos (Hill *et al.*, 2000: 55), o que apenas se verifica na classe média.

Tabela 72. Dimensão da amostra

	CLASSE MÉDIA ALTA	CLASSE MÉDIA	CLASSE MÉDIA BAIXA	CLASSE BAIXA
Dimensão da amostra	5	36	19	4

No entanto, a análise irá ser realizada apenas como indicação, destacando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos.

A verificação da normalidade, pelo teste de Shapiro-Wilks, devido à dimensão de cada amostra por nível, conduziu à violação do pressuposto de normalidade para a classe média pois  $p < 0,05$ , pelo que se optou por aplicar o teste não paramétrico alternativo de Kruskal-Wallis.

Verifica-se que o valor do teste 3,498 tem associado um nível de significância de 0,321, pelo que não rejeita a hipótese de que as distribuições referentes ao *insight* total por nível de classe social são iguais em tendência central e concluindo-se que a pontuação total do *insight* não é significativamente diferentes entre as 4 níveis de classe social.

Tabela 73. Classe social

CLASSE SOCIAL	MÉDIA	N.º	DESVIO- PADRÃO
Classe Média Alta (II)	20,40	5	8,96
Classe Média (III)	17,75	36	8,17
Classe Média Baixa (IV)	14,31	19	8,32
Classe Baixa (V)	17,25	4	11,11
<b>Total</b>	16,90	64	8,51

### 1.9.5. *Insight* vs habilitações literárias

1º. Verificação dos pressupostos para aplicação de Análise de Variância Simples.

Neste caso o factor habilitações literárias tem 4 níveis e em todos eles deveria haver uma amostra mínima de 24 elementos, o que apenas se verifica no ensino secundário.

Tabela 74. Dimensão da amostra por segmentos - habilitações literárias

	1º CICLO	ENSINO SECUNDÁRIO	CURSO TÉCNICO	CURSO SUPERIOR
Dimensão da amostra	5	45	4	10

No entanto, a análise irá ser realizada apenas como indicação, destacando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos.

A verificação da Normalidade, pelo teste de Shapiro-Wilks conduziu à violação do pressuposto de normalidade para o ensino secundário pois  $p < 0,05$ , pelo que se optou por aplicar o teste não paramétrico alternativo de Kruskal-Wallis.

Verifica-se que o valor do teste 9,011 tem associado um nível de significância de  $0,029 < 0,05$ , pelo que rejeita a hipótese de que as distribuições referentes ao *insight* total por nível de habilitações são iguais em tendência central e concluindo-se que a pontuação total do *insight* é significativamente diferente entre pelo menos 1 dos 4 níveis de habilitações.

Tabela 75. Habilitações literárias

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	MÉDIA	N.º	DESVIO-PADRÃO
1º Ciclo	22,20	5	4,65
Ensino Secundário	15,17	45	8,56
Curso Técnico	25,25	4	3,30
Curso Superior	18,70	10	8,38
<b>Total</b>	16,90	64	8,51

Apesar de não se terem registado alterações muito significativas entre a variável *habilitações literárias* e o *insight*, para Jaspers (1959) o *insight* depende da inteligência, personalidade e nível educacional.

Estudos como os de David et al. (1992); Young et al. (1993); Lysaker e Bell (1994) demonstram haver uma relação positiva entre a falta de *insight* e o quociente de inteligência, ao contrário de Macpherson e Hughes (1996) que não encontraram qualquer relação referente a este dado.

Carpenter et al. (1974/76) afirma não haver qualquer relação entre a falta de *insight* quando esta é associada a factores socio-económicos e educacionais. Este dado foi concordante com o obtido nesta investigação.

### 1.9.6. *Insight* vs trabalha actualmente?

Verifica-se que a maior parte das pessoas incluídas nesta amostra não trabalhava no momento actual em que foi realizada a entrevista.

Tabela 76. Comparação entre situação profissional actual e nível de *insight*

<i>Insight</i> total			
Trabalha actualmente?	MÉDIA	N.º	DESVIO - PADRÃO
Sim	17,84	13	9,26
Não	16,66	51	8,38
<b>Total</b>	16,90	64	8,51

Apesar de não ser significativo, constata-se que aqueles que trabalham revelam um nível de *insight* ligeiramente mais elevado o que implica uma mais elevada capacidade funcional.

Tabela 77. *Insight* vs trabalha actualmente?

Trabalha actualmente?	<i>Insight</i>			
	Ausência de <i>Insight</i>	<i>Insight</i> Reduzido	<i>Insight</i> Moderado	Com <i>Insight</i>
Sim	15,4	15,4	38,5	30,8
Não	13,3	23,5	41,2	21,6
<b>Total</b>	14,1	21,9	40,6	23,4

Estes dados revelam uma incapacidade funcional que interfere com a capacidade da pessoa com psicose estar apta para trabalhar, o que traduz mais uma vez a necessária abordagem psicossocial bem como o desenvolvimento de modelos de reabilitação que enfatizem o aumento das capacidades pessoais e sociais. O objectivo da reabilitação não é o de curar a doença, mas sim melhorar o funcionamento deficitário, promover um nível adaptativo favorável que incida na qualidade de vida.

### 1.9.7. *Insight* vs estado civil

1º. Verificação dos pressupostos para aplicação de análise de variância simples.

Neste caso o factor *estado civil* tem 3 níveis e em todos eles deveria haver uma amostra mínima de 27 elementos , o que apenas se verifica para os solteiros.

Tabela 78. Dimensão da amostra por segmentos - estado civil

	SOLTEIRO	DIVORCIADO/ SEPARADO	CASADO/ UNIÃO DE FACTO	VIÚVO
<b>Dimensão da amostra</b>	50	9	4	1

No entanto, a análise irá ser realizada apenas como indicação, destacando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos.

A verificação da normalidade, pelo teste de Shapiro-Wilks conduziu à violação do pressuposto de normalidade para o estado civil solteiro pois  $p < 0,05$ , pelo que se optou por aplicar o teste não paramétrico alternativo de Kruskal-Wallis.

Verifica-se que o valor do teste 3,126 tem associado um nível de significância de  $0,373 > 0,05$ , pelo que não rejeita a hipótese de que as distribuições referentes ao *insight* total por nível de estado civil são iguais em tendência central e concluindo-se que a pontuação total do *insight* não é significativamente diferente entre os níveis de estado civil.

Apesar dos dados aqui apresentados não serem conclusivos, estudos como o de Fenning e cols. (1996), afirmam que há uma associação directa entre o nível de *insight* e o estado civil, isto é, as pessoas casadas ou que vivem maritalmente têm um nível de *insight* maior em relação aos outros.

#### 1.9.8. *Insight* vs filhos

De maneira a verificar se o facto de terem filhos estava relacionado com o nível de *insight*, efectuou-se o cruzamento entre estas variáveis.

Tabela 79. Filhos vs *insight* total

	FILHOS	N.º	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
<b>INSIGHT TOTAL</b>	Sim	10	18,40	9,05
	Não	54	16,62	8,46

Verifica-se que quem tem filhos (10 pacientes) obtêm um *insight* total superior aos que não tem filhos, apesar de apresentarem maior variabilidade. Por aplicação do teste t verificou-se que estas diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p=0,550 > 0,05$ ).

#### 1.9.9. *Insight* vs idade início da doença

Neste caso o factor *idade início doença* tem 5 níveis e em todos eles deveria haver uma amostra mínima de 21 elementos, o que apenas se verifica para os pacientes entre 18-21 anos.

Tabela 80. Dimensão da amostra por segmentos – idade de início da doença

	MENOS DE 18 ANOS	18-21 ANOS	22-25 ANOS	26-29 ANOS	MAIS DE 29 ANOS
<b>Dimensão da amostra</b>	12	25	19	5	3



No entanto, a análise irá ser realizada apenas como indicação, destacando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos.

A verificação da normalidade, pelo teste de Shapiro-Wilks conduziu à violação do pressuposto de normalidade para a idade 22-25 anos pois  $p < 0,05$ , pelo que se optou por aplicar o teste não paramétrico alternativo de Kruskal-Wallis.

Verifica-se que o valor do teste 1,048 tem associado um nível de significância de  $0,902 > 0,05$ , pelo que não rejeita a hipótese de que as distribuições referentes ao *insight* total por idade de início da doença são iguais em tendência central e concluindo-se que a pontuação total do *insight* não é significativamente diferente entre os as idades inicio da doença.

Thompson; McGorry e Horrigan (2001) e Fenning et al. (1996) dizem-nos que pacientes com o primeiro episódio, ou num primeiro internamento, podem apresentar menos *insight* quando comparados a pacientes com mais anos episódios ou com maior número de internamentos.

Estudos como o de Heinrichs e cols. (1985) apontam que uma intervenção rápida nas fases iniciais de doença e/ou recaída, poderá influenciar no nível de *insight*, isto é, quanto mais precoce e rapidamente se intervir melhores resultados se poderão alcançar em termos de prognóstico e curso da doença.

#### 1.9.10. *Insight* vs número aproximado de crises

Neste caso o factor *número aproximado de crises* tem 3 níveis e em todos eles deveria haver uma amostra mínima de 27 elementos, o que apenas se verifica para os pacientes com até 3 crises.

Tabela 81. Dimensão da amostra por segmentos – n.º aproximado de crises

	ATÉ 3 CRISES	4-5 CRISES	6 OU MAIS CRISES
Dimensão da amostra	40	17	7

No entanto, a análise irá ser realizada apenas como indicação, destacando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos.

A verificação da normalidade, pelo teste de Shapiro-Wilks conduziu à violação do pressuposto de normalidade para até 3 crises e entre 4-5 crises pois  $p < 0,05$ , pelo que se optou por aplicar o teste não paramétrico alternativo de Kruskal-Wallis.

Verifica-se que o valor do teste 0,08 tem associado um nível de significância de  $0,996 > 0,05$ , pelo que não se rejeita a hipótese de que as distribuições referentes ao *insight* total por numero de crises são iguais em tendência central e concluindo-se que a pontuação total do *Insight* não é significativamente diferente conforme o número de crises dos pacientes.

Fenning et al. (1996) e Thompson (2001) dizem-nos que pacientes com menos episódios e menos crises têm menos *insight* e que o não reconhecimento da doença como tal poderá, consequentemente, fomentar o aumento de recaídas.

#### 1.9.11. *Insight* vs outro tipo de acompanhamento para além do médico

De forma a verificar se o facto de receberem outro tipo de acompanhamento estava relacionado com o *insight* total, efectuou-se o cruzamento entre estas variáveis.

Tabela 82. Outro tipo de acompanhamento para além do médico vs *insight* total

	OUTRO TIPO DE ACOMPANHAMENTO PARA ALÉM DO MÉDICO	N.º	MÉDIA	DESVIO- PADRÃO
<b>INSIGHT TOTAL</b>	Sim	25	20,16	5,94
	Não	39	14,82	9,29

Verifica-se que quem tem outro tipo de acompanhamento obtém um *insight* total superior aos que não têm, apresentando também menor variabilidade. Por aplicação do teste t verificou-se que estas diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $p=0,013<0,05$ ).

Perante estes dados depressa chegamos à conclusão da necessidade efectiva de serem desenvolvidas e conciliadas intervenções de cariz biológico, psicológico e psicoeducacional. A combinação destas abordagens possibilita responder, identificar e avaliar um leque vasto de necessidades de cuidados básicos nesta população (Birchwood et al. 1995).

A promoção da capacidade das pessoas com psicose para compreenderem e lidar com o processo da sua doença, tem sido tradicionalmente desvalorizado ao longo dos tempos pois é considerado que a capacidade de introspecção daqueles que sofrem desta patologia está seriamente comprometida.

Porém, os estudos realizados acerca do *insight* e psicose não têm corroborado com esta visão simplista, mas têm sim assinalado a complexidade deste factor como um fenómeno tridimensional (consciência da doença, necessidade de tratamento e identificação correcta dos sintomas) cujos componentes flutuam ao longo do curso da doença (David, 1990; Birchwood et al., 1994).

Estudos como o de Marcpherson e cols. 1996 revelam o que os dados obtidos nesta investigação também traduziram. Uma intervenção combinada promove o nível de *insight*.

Pessoas que sofrem de psicose ao serem alvo de intervenções psicológicas e/ou psicoeducacionais ficam mais habilitados a reconhecer os sintomas prodrómicos, que podem ser utilizados para monitorizar e regular a sua própria doença, o que possibilita com que a pessoa desempenhe um papel activo ao longo do seu tratamento (Birchwood, 1989; Jorgensen, 1998; Goldman, 1988 e Smith et al., 1987).

Ghaemi e Pope (1994) afirmam que pacientes que receberam tratamento psicoterapêutico ou estão inseridos em programas psicoeducacionais, registam um mais elevado nível de *insight*, associado à consciência de ser portador de uma doença mental e em relação à necessidade de manter o tratamento prescrito pela equipa clínica.

Concluí-se, portanto, a necessidade de serem complementadas abordagens que visem essencialmente reforçar as capacidades da pessoa doente, que auxiliem na prevenção de recaídas e que promovam um aumento no *insight*, muito para além da doença e que procurem igualmente fomentar a necessária adesão ao tratamento.

Os benefícios combinados de profilaxia necessitam de uma aplicação plena, integrada e continuada capaz de promoverem um aumento na qualidade de vida destas pessoas.

#### **1.9.12. *Insight* vs regime actual**

Apesar dos dados obtidos não serem muito significativos, verificamos que pessoas que se encontram em regime de tratamento ambulatorial ou hospital de dia, tinham um nível de *insight* superior aos que se encontram num outro regime. Este aspecto pode ser explicado pelo facto das pessoas estarem a beneficiar de um apoio continuado e de, consequentemente, estarem mais habilitadas.

Dickerson e cols. (1997) não confirmam a ocorrência de um maior nível de *insight* em pessoas em regime de tratamento ambulatorial. Afirmam também que o défice de *insight* é mantido independentemente do regime. Concluem que é uma característica clínica e não um reflexo da gravidade dos sintomas.

No estudo realizado por Chung (1997) verificou-se que não houve uma diferença significativa entre os pacientes internados e ambulatoriais.

McEvoy (1989) observou que doentes hospitalizados possuíam um maior nível de *insight* enquanto estavam internados, em comparação com doentes não hospitalizados. E que pessoas doentes com mais hospitalizações tinham igualmente um nível de *insight* superior àqueles quem tinham menos internamentos. Este aspecto foi explicado por Gynther e cols. (1993) que associou aos momentos de hospitalização processos de aprendizagens que poderiam ter sido desenvolvidos e que por isso poderiam ter promovido um aumento na capacidade crítica da pessoa.

Tabela 83. Comparação entre regime actual e nível de *insight* total

<b><i>Insight</i> total</b>			
Regime actual	MÉDIA	N.º	DESVIO - PADRÃO
Internamento agudo	13,84	19	9,44
Ambulatório	19,07	28	7,37
Hospital de dia	20,00	5	8,68
Internamento de longa duração	12,00	4	8,75
Residência	17,12	8	8,49
<b>Total</b>	16,90	64	8,51

Apesar de ter havido o cuidado, por parte do investigador, no momento de cada entrevista, nos casos em que a pessoa estava em regime de internamento de curta ou longa duração e residência, de procurar uma fase de estabilização, é natural que estas pessoas, ou pela recente fase aguda de doença, nos casos do internamento de curta duração, ou pelos já longos anos de doença, nos casos de internamento de longa duração ou residência, estejam menos aptas, o que poderá influenciar e explicar um mais baixo nível de *insight*.

Small e cols, 1995 verificou que no momento da alta, isto em relação a pessoas doentes com diagnóstico de esquizofrenia em regime de internamento de curta duração, se registava um aumento do nível de *insight*. O mesmo não se verificava junto de pessoas com diagnóstico de perturbação esquizoafectiva. Ocorria neste casos menos mudanças no *insight* no momento da alta.

Estes dados são concordantes com os obtidos noutros estudos realizados até à data e que avaliaram este aspecto.

Os resultados desta investigação, quanto à classificação do nível de *insight* em relação ao regime de tratamento, apresentam-se na tabela que se segue.

Tabela 84. Nível de *insight* vs regime actual

Regime Actual	<i>Insight</i>			
	Ausência de <i>Insight</i>	<i>Insight</i> Reduzido	<i>Insight</i> Moderado	Com <i>Insight</i>
Internamento agudo	26,3%	31,6%	21,1%	21,1%
Ambulatório	7,1%	14,3%	53,6%	25,0%
Hospital de dia	,0%	40,0%	,0%	60,0%
Internamento de longa duração	25,0%	25,0%	50,0%	,0%
Residência	12,5%	12,5%	62,5%	12,5%
<b>Total</b>	14,1%	21,9%	40,6%	23,4%

### 1.9.13. *Insight* vs número internamentos anteriores

Neste caso o factor *número internamentos anteriores* tem 3 níveis e em todos eles deveria haver uma amostra mínima de 27 elementos, o que apenas se verifica para os pacientes com 1 a 2 internamentos anteriores.

Tabela 85. Dimensão da amostra por segmentos – n.º de internamentos anteriores

	<b>NENHUM INTERNAMENTO</b>	<b>1-2 INTERNAMENTOS</b>	<b>3 OU MAIS INTERNAMENTOS</b>
<b>Dimensão da amostra</b>	13	34	17

No entanto, a análise irá ser realizada apenas como indicação, destacando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos.

A verificação da Normalidade, pelo teste de Shapiro-Wilks conduziu à violação do pressuposto de normalidade para até nenhum internamento anterior pois  $p < 0,05$ , pelo que se optou por aplicar o teste não paramétrico alternativo de Kruskal-Wallis.

Verifica-se que o valor do teste 7,471 tem associado um nível de significância de  $0,024 < 0,05$ , pelo que se rejeita a hipótese de que as distribuições de *insight* total por número de internamentos anteriores são iguais em tendência central e concluindo-se que a pontuação total do *insight* é significativamente diferente conforme o número de internamentos anteriores.

Um melhor reconhecimento a nível da compreensão interna de si mesmo, está, assim, associado a menos internamentos.

É frequente e facilmente compreensível, devido às características da patologia em estudo, que na altura do internamento uma pessoa com diagnóstico de psicose apresente uma reduzida crítica em relação à sua situação clínica, bem como à necessidade de tratamento. Daí que em alguns casos seja necessário um internamento do tipo compulsivo.

McEvoy e cols. (1989) e David (1992) revelam que os pacientes voluntários melhoravam o nível de *insight*, enquanto que os involuntários mantinham no final da alta hospitalar, mais sintomas e menos *insight* quando comparados com os voluntários.

McEvoy e cols. (1989) e Rossi e cols. (2000) referem que a ocorrência de uma relação estatisticamente significativa entre o *insight* e as variáveis de *outcome*. Um melhor reconhecimento do doença leva a menos internamentos e oferece melhores perspectivas prognósticas a longo prazo.

A ocorrência de maior número de hospitalizações está ainda associada, na maior parte dos casos, à não adesão ao tratamento.

## 1.10. CONTRIBUIÇÃO PARA A VALIDAÇÃO DA *INSIGHT SCALE*, MARKOVÁ ET AL., 2003

### 1.10.1 Introdução

A escala utilizada é uma escala dicotómica com valor 1 quando se verifica o *insight* e 0 quando não se verifica. O *insight* está presente (e a sua pontuação é 1) nas respostas positivas às questões 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27 e 30 e para as respostas negativas às questões 2, 7, 12, 20, 23 e 28-29. O total de 30 indica o máximo de *insight* e 0 ausência de *insight*.

Obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 86. *Insight scale*

	MÉDIA	DESVIO - PADRÃO	INTERVALO DE VARIAÇÃO
<i>INSIGHT SCALE</i> , MARKOVÁ ET AL., 2003	16,9	8,51	1-29

Ambas as amostras foram constituídas pelo mesmo número de pessoas doentes (64). Houve o cuidado de, na selecção dos indivíduos, serem seguidos os mesmos passos que a autora do estudo original realizou. Por exemplo, foram inseridos em ambas as investigações pacientes com psicose aguda/crónica, início recente da doença e de longa duração e pacientes em vários regimes de tratamento.

Os resultados obtidos no estudo original de Marková et al. (2003), estão descritos na tabela que se segue.

Tabela 87. Resultados obtidos no estudo original de Marková et al., 2003

	MEAN
Full <i>insight</i>	10 (15,6%)
As much <i>insight</i> as social background and intelligence allow	14 (21,5%)
Delusional explanation of illness	27 (43,1%)
No <i>insight</i>	13 (20,0%)
<b>Total</b>	64 (100,0%)

Comparando os resultados obtidos em ambos os trabalhos, verificou-se que no estudo de Marková et al. (2003), cerca de 15,6% da amostra teve a pontuação máxima na escala (30). Este dado contrastou com o obtido na investigação que é aqui apresentada. Nenhum paciente teve essa pontuação.

O mesmo sucedeu para a pontuação mínima. No trabalho de Marková et al. (2003), 20,0% obtiveram a pontuação mínima (0), enquanto que nesta investigação ninguém teve este valor.

Tabela 88. Resultados obtidos nesta investigação

	MÉDIA
<i>Insight</i> total	0 (0.0%)
Tanto <i>insight</i> quanto o seu suporte social e inteligência permitem	41 (64.1%)
Explicação delirante da doença	23 (35,9%)
Sem <i>insight</i>	0 (0,0%)
<b>Total</b>	64 (100,0%)

### 1.10.2. ADEQUAÇÃO DA MEDIDA

#### Considerações preliminares

As trinta variáveis alvo de análise nesta dissertação foram definidas para medir a variável latente *insight*. Uma variável latente é, por definição, uma variável que não pode ser observada nem medida directamente, mas que pode ser definida a partir de um conjunto de outras variáveis (Hill & Hill, 2000). Pode, porém, suceder que as variáveis que servem de medida da variável latente não sejam as adequadas<sup>3</sup>.

É sobre a adequabilidade das trinta variáveis que no questionário "*Insight Scale*" foram utilizadas para medir a variável latente *insight* que me irei debruçar neste ponto da dissertação. Para este estudo será considerada a amostra recolhida no Hospital Miguel Bombarda segundo os critérios previamente definidos e descritos num ponto anterior.

#### Estudo da fiabilidade da medida

Uma medida de uma variável latente é fiável se for consistente (Hill *et al.*, 2000), podendo a consistência ser medida de três formas distintas:

#### Consistência de estabilidade temporal

A estabilidade temporal verifica-se quando o valor total da variável latente (total *score*) de cada pessoa for exactamente igual em dois momentos temporais distintos. Obviamente este tipo de consistência é quase impossível de obter, pois o processo de medição por meio de um questionário é essencialmente um processo de amostragem, que reflecte uma opinião num dia específico, condicionada a um conjunto de características (fadiga, ansiedade, motivação, etc.), sendo a variação nas medidas observadas correspondente a um erro de medição.

<sup>3</sup> Entenda-se por medida adequada quando apresenta fiabilidade, unidimensionalidade e validade.

Para a estimação deste tipo de fiabilidade, o questionário tem que ser aplicado duas vezes à mesma amostra com uma distância temporal de pelo menos uma semana e para o conjunto dos dois valores observados calcula-se o coeficiente de correlação.

Neste estudo não foi verificada este tipo de consistência, porém na validação original este aspecto foi alvo de validação com uma sub amostra de 10 pacientes já avaliados que foram sujeitos a reavaliação.

### **Consistência de equivalência de medidas da variável latente obtida através de versões alternativas**

Quando dois questionários diferentes são construídos para medir a mesma variável latente, com igual número de itens, diferindo no seu conteúdo, estes questionários oferecem métodos alternativos para medir o mesmo. Quando o inquirido que responde aos dois questionários obtém o mesmo valor total em ambos, então a medida da variável latente apresenta consistência perfeita em termos de equivalência.

A estimação da fiabilidade é feita através do coeficiente de correlação entre os valores observados nas duas versões do questionário.

### **Consistência interna**

Há consistência interna quando os itens contribuem de igual modo para o valor total da variável latente.

Para verificação da consistência interna o questionário é aplicado apenas uma vez e após a sua aplicação aplica-se um dos métodos possíveis para estudar a consistência interna. Um método para estimar a fiabilidade da consistência interna largamente descrito na literatura designa-se por "*split-half*". Este método consiste em dividir o conjunto de itens do questionário em duas partes iguais e calcular o valor total de cada parte separadamente, calculando-se, de seguida, o coeficiente de correlação entre os valores totais observados nas duas partes. O principal problema de cálculo da fiabilidade através do "*split-half*" reside nas várias hipóteses para partição dos itens<sup>4</sup> e o facto de cada uma das partições poderem fornecer estimativas diferentes.

Outro método, mais eficaz, para estimar a fiabilidade interna designa-se por Coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach. Esta técnica estima o coeficiente de fiabilidade interna ( $\alpha$ ) como sendo o valor médio de todos os coeficientes possíveis do tipo "*split-half*". O valor de  $\alpha$  pode ser estimado pela seguinte fórmula:

---

<sup>4</sup> Para uma escala com  $2n$  itens, o número de divisões possíveis dos itens em duas metades é dado por  $(2n)!/2(n!)(n!)$  (Churchill, 1999).



$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sum_{i=1}^k \sigma_i^2 + \sum_i \sum_{j \neq i} \text{Cov}(Y_i, Y_j)} \right)$$

em que:

k – número de itens

$\sigma_i^2$  - variância de cada item

Cov ( $Y_i, Y_j$ ) – Covariância entre os pares de itens

A escala apresentada na tabela 89 dá uma indicação para avaliar o valor da fiabilidade.

Tabela 89. Escala de avaliação da medida de fiabilidade

VALORES	FIABILIDADE
Maior que 0,9	Excelente
Entre 0,8 e 0,9	Bom
Entre 0,7 e 0,8	Razoável
Entre 0,6 e 0,7	Fraco
Abaixo de 0,6	Inaceitável

A verificação da fiabilidade interna, através do coeficiente alfa de Cronbach, dos trinta itens do questionário relativamente à variável latente “*insight*” é apresentada na tabela 90.

Tabela 90. Coeficiente alfa para estimação da fiabilidade interna dos 30 itens

Reliability Coefficients	Alpha = 0,934	N of items = 30	N of Cases = 64
--------------------------	---------------	-----------------	-----------------

Verifica-se que o valor do coeficiente de fiabilidade interna  $\alpha$  é 0,934. Este valor é excelente (ver tabela 89) indicando que a medida de *insight* obtida através da soma das trinta componentes propostas tem fiabilidade interna adequada.

Ainda com o objectivo de verificação da fiabilidade da medida, é interessante e útil obter informação mais pormenorizada acerca das 30 componentes que em conjunto definem a variável latente *insight*. É importante fazer o cálculo das correlações entre as componentes e o cálculo das correlações entre cada uma das componentes e o *insight*. Os resultados destes cálculos são apresentados no anexo XIV.

Através do cálculo das correlações entre os trinta itens podemos concluir que:

A maioria das correlações são positivas, o que é um bom indicador pois sendo componentes do *insight* devem ter correlações positivas entre si. Também o facto das correlações apresentarem valores intermédios (variam entre 0,2757 e 0,9219) dá a confiança de que as componentes

representam diferentes aspectos do *insight*, sendo razoável que as componentes medem duas coisas: algo que as restantes componentes também medem, provavelmente o *insight* mas também algo que as restantes componentes não medem, presumivelmente algum aspecto específico do *insight*.

Esta conclusão é importante pois a escala original era composta por 32 itens e foi alterada para 30 pois verificou-se que dois deles eram redundantes. A existência de valores muito altos de correlação não seria um bom indicador pois indiciava que todas as componentes mediriam o mesmo.

Tabela 91. Valor médio da nova variável "*insight*"

COMPONENTE	MÉDIA	DESVIO - PADRÃO	Nº DE VARIÁVEIS
Statistics Scale	16,91	8,51	30

Como se verifica, o valor médio da nova variável *insight*, que corresponde à soma dos valores médios das trinta variáveis componentes, é 16.9063.

Recorde-se que este valor resulta da soma dos valores médios das 30 variáveis componentes da escala. No teste original aplicado pela autora, a média das 30 componentes foi de 15,09 com desvio padrão de 6,85 (valores próximos dos obtidos na amostra recolhida neste estudo).

Na primeira coluna, referente ao anexo XV, da *scale mean if item deleted* verificamos que o valor médio da variável latente *insight* após a eliminação de cada uma das componentes. A componente 29 - "Sinto que o meu estado actual foi causado de propósito por alguma coisa" é a que, caso fosse eliminada, mais contribuiria para o aumento do valor médio. No extremo oposto, a componente a7 - "A mente não pode adoecer, apenas o corpo" é a que mais contribuiria para a diminuição da média, caso fosse eliminada.

Na terceira coluna (*Corrected item-total correlation*) são apresentados os valores da correlação entre cada componente e o *insight* quando a componente é excluída. Com excepção da componente a7 ("A mente não pode adoecer, apenas o corpo"), que apresenta valores mais baixo e já se concluiu que é a que mais diminuiria a média, todos os valores são intermédios e relativamente homogéneos, o que indica que todas as componentes contribuem de forma mais ou menos aproximada para o *insight*.

A última coluna (*Alpha if item deleted*) apresenta para cada um das componentes o valor do coeficiente de fiabilidade interna  $\alpha$  após a exclusão da componente. Se qualquer um dos trinta itens fosse eliminado, o valor do coeficiente  $\alpha$  continuaria a ser bom, levando à conclusão que a fiabilidade do *insight* não depende demasiado de uma só componente.

### 1.10.3. ESTUDO DA UNIDIMENSIONALIDADE DA MEDIDA

#### Conceito

Uma medida diz-se unidimensional quando a combinação das suas componentes resulta numa variável latente homogénea que mede uma coisa apenas, neste caso o *insight*.

Podemos concluir, a partir dos dados obtidos e com base na revisão teórica dedicada ao tema, que o fenómeno *insight* representa uma variável complexa, multidimensional e difícil de avaliar, que é capaz de expressar-se de diferentes formas, o que dificulta a sua avaliação.

Isto acontece sobretudo quando se pretende medir um fenómeno através de um instrumento que desafia as dimensões clínicas tradicionais que descrevem o conceito em termos de *ausência de consciência de que se está doente e que é necessário tratamento*.

Os itens aqui contemplados assentam em impressões subjectivas do paciente que são baseadas em conceptualizações mais amplas. O fenómeno do *insight* avaliado com esta escala foi estruturado à volta da consciência das várias mudanças que aconteceram com um indivíduo e a sua percepção acerca do que o rodeia, o que contrasta bastante com os instrumentos de *insight* que existem actualmente.

#### Aplicação da análise factorial

A análise factorial permite avaliar a validade das variáveis componentes, indicando em que medida se referem aos mesmos conceitos, através da correlação existente entre elas. É uma técnica de análise da variância comum das variáveis pertencentes a um conjunto de variáveis, sendo por isso recomendável neste estudo.

Na aplicação da análise factorial aos itens referentes à escala de *insight*, é necessário considerar as correlações entre todos os pares de componentes. Estes dados encontram-se referenciados no anexo XIV.

Já se tinha verificado que as correlações eram significativas, não sendo necessário verificar a linearidade das relações entre as componentes, pois caso as relações não fossem lineares não seria possível encontrar correlações significativas do tipo *Pearson* (uma vez que este tipo de correlação requer que a relação seja linear).

Antes da aplicação da análise factorial testou-se a adequação da sua aplicação através da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), resultando no valor 0,706<sup>5</sup>, sendo a aplicação da análise factorial de adequabilidade média, permitindo a sua prossecução.

---

<sup>5</sup> Inferior a 0,5 é inaceitável, entre 0,5 e 0,6 mau, entre 0,6 e 0,7 razoável, entre 0,7 e 0,8 médio, entre 0,8 e 0,9 bom e entre 0,9 e 1 muito bom (Reis, 1997).

Os resultados dos estudos empíricos que se têm dedicado em avaliar o *insight* nas psicoses, têm-se revelado algo inconsistentes.

Essa variabilidade encontrada nos resultados tem a ver, segundo Marková (2003), com a complexidade do fenómeno e na dificuldade existente em transpor esse conceito para um instrumento empírico.

Na última década um número significativo de instrumentos têm sido desenvolvidos. No entanto, e devido ao facto desses instrumentos captarem diferentes aspectos do *insight*, isso tem contribuído para explicar a variedade de resultados encontrados.

A escala de *insight* utilizada neste trabalho, e tal como foi detalhadamente descrita num capítulo anterior, baseia-se num conceito mais amplo de *insight*, como uma forma de auto-conhecimento do paciente acerca da sua doença e como isso pode afectar a sua capacidade de funcionar e interagir com o que o rodeia (Marková e Berrios, 1992).

Foi efectuado, no estudo original, uma análise factorial para identificar os principais componentes que podem ter significado clínico.

Foram identificados quatro factores, que em conjunto contabilizaram para 48.27% de variância (baixo eigenvalue=2).

O primeiro factor aparenta estar relacionado com a falta de consciência de perturbações do pensamento e a percepção da falta de controlo. Para além disso, estes itens também demonstram uma forte sensação de estranheza com o que o rodeia e consciência da dificuldade em relacionar-se com isso.

O segundo factor parece focalizar-se num conhecimento que coisas exteriores, assim como internas, estão diferentes, por outro lado essa diferença é percebida como estranha.

O terceiro factor relaciona-se com uma percepção vaga que alguma coisa está errada com o indivíduo.

O quarto factor parece estar relacionado com as mudanças percebidas como problemas físicos (a percepção dessas mudanças é entendida como problemas físicos).

Estes factores estão descritos na tabela que se segue:

Tabela 92. Análise Factorial (Marková et al., 2003)

---

Factor 1 (27.86%)	
(24) Eu sinto que estão a acontecer coisas estranhas à minha volta.	0.771
(25) Eu sei que os meus pensamentos são estranhos mas eu não consigo ajudar-me a ultrapassá-los.	0.754
(10) Eu tenho dificuldades em pensar.	0.699
(27) As coisas não me fazem mais sentido.	0.683
(19) Eu não me vejo a ter um grande controlo sobre os meus pensamentos.	0.610
(11) Neste momento eu estou a sofrer de problemas nervosos.	0.591
(21) Eu sinto que a minha mente "está a ir".	0.539
(14) Eu encontro dificuldades em estar descontraindo com as pessoas que conheço.	0.528

Factor 2 (7.85%)	
(29) Eu sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por algo.	-0.726
(4) As pessoas à minha volta vêm-me diferente.	0.719
(15) Algo estranho está a acontecer comigo.	0.614
(12) Tudo à minha volta está diferente.	-0.567
(18) Uma doença mental pode ocorrer em qualquer pessoa da população.	0.563
(16) Eu quero saber porque é que estou a sentir-me assim.	0.546
Factor 3 (6.64%)	
(9) Eu sinto-me preocupado.	0.617
(1) Eu sinto-me diferente do meu estado normal.	0.575
(23) Tudo parece mais claro para mim agora do que anteriormente.	0.533
Factor 4 (5.89%)	
(28) O meu maior problema é a minha saúde física.	0.757
(20) Eu não estou doente mas cansado.	0.744

Seguindo a metodologia utilizada pela autora da escala original, foram utilizadas as 30 variáveis para aplicação da análise factorial e considerando rotação pelo método varimax e  $\text{eigenvalue}=2$  (ou superior), resultando em 3 factores (caso se tivesse utilizado  $\text{eigenvalue}=1$  teriam sido retidos 7 factores). No entanto, como o quarto factor tem um valor muito próximo de 2 (1,905) e seguindo, novamente, o critério utilizado na escala original, optou-se pela retenção de 4 factores que vão explicar 54,68% da variância (anexo XVI).

Tabela 93. Análise Factorial

Factor 1 (28,3%)	
(1) Sinto-me diferente do meu estado normal.	,825
(2) Não há nada de errado comigo.	,917
(3) Estou doente.	,955
(9) Sinto-me pouco à vontade.	,565
(11) Actualmente "sofro dos nervos".	,804
(13) Estou a perder o contacto comigo mesmo.	,610
(29) Sinto que o meu estado actual foi causado de propósito por alguma coisa.	,700
Factor 2 (9,9%)	
(4) As pessoas à minha volta parecem-me diferentes.	,965
(6) Tudo parece desorganizado.	,613
(8) Os meus sentimentos pelos outros são diferentes do que eram.	,950
(12) Tudo à minha volta está diferente.	,599
(15) Alguma coisa estranha se passa comigo.	,706
Factor 3 (9,9%)	
(17) Parece-me não ser capaz de funcionar normalmente.	,855
(19) Parece-me já não ter tanto controlo sobre os meus pensamentos.	,865
Factor 4 (6,6%)	
(16) Quero saber porque me sinto assim.	,588
(20) Não estou doente, mas estou cansado.	,897
(28) O meu principal problema é a minha saúde física.	,829
(30) Penso que preciso de algum tipo de ajuda.	,529

Como podemos verificar na tabela anterior, o primeiro factor aparenta estar relacionado com a percepção da pessoa em relação a si própria.

O segundo factor aparenta estar relacionado com a percepção da pessoa em relação àquilo que a rodeia e à forma como isso se manifesta na relação que estabelece com os outros.

O terceiro factor aparenta estar relacionado com a percepção da pessoa em relação à sua capacidade funcional e percepção de falta de controlo dos pensamentos.

Por último, o quarto factor aparenta estar relacionado com as explicações atribuídas face à situação clínica e à necessidade de tratamento.

Se apenas fossem considerados os 3 factores (do critério eigenvalue=2) a percentagem de variância explicada era de 48,37% (anexo XVII).

### **Estudo da validade da medida**

Uma medida tem validade para medir uma variável latente quando é uma medida da variável que o investigador quer medir (Hill *et al.*, 2000).

Há três tipos principais de validade: (a) a validade de conteúdo, (b) a validade teórica e (c) a validade prática.

#### **Validade de conteúdo**

Em termos gerais, um questionário tem validade de conteúdo quando as variáveis componentes formam uma amostra representativa de todos os itens disponíveis para medir os aspectos das componentes.

A avaliação da validade de conteúdo consiste em escrever uma lista exaustiva de todas as componentes da variável latente (utilizando a literatura disponível) e escrever todos os aspectos e itens relevantes para medi-los.

#### **Validade teórica**

Um questionário construído para medir uma variável latente apresenta validade teórica se apresentar: (a) validade convergente, (b) validade discriminante, (c) validade factorial.

#### **Validade convergente**

Uma medida de uma variável latente tem validade convergente se concordar bem com outras medidas já aceites como sendo adequadas da variável latente. O grau de concordância é estimado através do coeficiente de correlação e para que exista validade convergente as correlações devem ser significativas.

### **Validade discriminante**

Uma medida de uma variável latente tem validade discriminante se não apresentar correlações significativas com medidas de outras variáveis que não estejam relacionadas com a variável latente estudada.

É possível avaliar simultaneamente a validade convergente e discriminante através de uma técnica designada por "*Multitrait-Multimethod Matrices*" (Campbell & Fiske, 1959). Este método conjuga várias medidas, através de vários métodos de medição utilizando matrizes de correlações. Quando as medidas são adequadas devem estar altamente correlacionadas, apresentando evidências de validade convergente, quando as medidas têm validade discriminante devem apresentar baixos coeficientes com as outras medidas que não estejam relacionadas.

### **Validade factorial**

A validade factorial consiste na verificação de que as variáveis componentes definem apenas uma variável latente, representando a sua natureza essencial.

Para avaliar a validade factorial de um questionário construído para medir uma variável latente é necessário dispor de várias outras medidas já conhecidas como sendo medidas válidas da variável latente e aplicar um questionário construído para medir essa variável latente a uma amostra. Através da aplicação do questionário obtém-se uma medida da variável latente, que pode ser testada através da análise factorial.

A análise factorial consiste na análise de todas as correlações entre as medidas já conhecidas como válidas e a medida resultante do questionário. Tanto as medidas já consideradas como válidas como a nova medida da variável latente devem resultar num só factor numa análise factorial, factor esse que representa a natureza essencial da variável latente.

Frequentemente os investigadores incluem na análise factorial dois grupos de variáveis: um grupo de variáveis que já são consideradas válidas como medidas da variável latente e outro grupo que mede uma variável totalmente diferente. A análise factorial deve resultar em dois (ou mais factores), sendo que apenas um representa a natureza essencial da variável latente.

### **Validade prática**

Os dois métodos mais utilizados para medir a validade prática são: (a) método da validade preditiva e (b) método da validade simultânea.

Ambos os métodos têm que ter uma medida de comparação (por exemplo avaliação do desempenho no emprego), pois consistem na comparação da correlação entre os valores observados e valores já conhecidos.

### 1.11. ANÁLISE ESTATÍSTICA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *INSIGHT* E DE IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES, Ana Cardoso, 2005

#### ADEQUAÇÃO DA MEDIDA

##### Considerações preliminares

O instrumento original que é apresentado foi construído para avaliar o *insight* e para identificar algumas das necessidades que importam ser promovidas em pessoas com psicose.

Este instrumento baseou-se na abordagem psicopedagógica que é atribuída ao fenómeno *insight*, assente numa perspectiva de reabilitação e de recuperação, que pretende colocar cada indivíduo como elemento activo ao longo do seu processo terapêutico, fomentando o desenvolvimento de intervenções que visem promover as aprendizagens necessárias na prevenção de recaídas.

Assim, as dezasseis variáveis que compõem o instrumento agrupam-se da seguinte maneira: os itens ímpares (1; 3; 5; 7; 9; 11; 13 e 15) foram definidos para medir a variável latente "*insight*"; os itens pares (2; 4; 6; 8; 10; 12; 14 e 16) foram definidos para medir a variável latente "*necessidades*".

É sobre a adequabilidade das variáveis definidas na "*escala de avaliação do insight e identificação das necessidades em pessoas com psicose*" que foram utilizadas para medir a variável latente "*insight*" e "*necessidades*" que me irei debruçar neste ponto da dissertação. Para esta análise será considerada a amostra recolhida no Hospital Miguel Bombarda segundo os critérios previamente definidos e descritos num capítulo anterior.

##### Estudo da fiabilidade da medida

A caracterização dos processos descritos como adequados, no que se refere ao estudo de fiabilidade da medida, foram detalhadamente apresentados aquando a apresentação da análise estatística da escala de *insight* de Marková et al., 2003.

A verificação da fiabilidade interna, através do coeficiente alfa de Cronbach, dos oito itens do instrumento referentes à variável latente "*insight*" é apresentada na tabela 94.

Tabela 94. Coeficiente alfa para estimação da fiabilidade interna dos oito itens referentes à variável "*insight*"

Reliability Coefficients	Alpha = 0,888	N of items = 8	N of Cases = 64
--------------------------	---------------	----------------	-----------------



Verifica-se que o valor do coeficiente de fiabilidade interna  $\alpha$  é 0,888. Este valor é bom (ver tabela 89, página 144) indicando que a medida de "insight" obtida através da soma das oito componentes propostas tem fiabilidade interna adequada.

A verificação da fiabilidade interna, através do coeficiente alfa de Cronbach, dos oito itens do instrumento referentes à variável latente "necessidades" é apresentada na tabela 95.

Tabela 95. Coeficiente alfa para estimação da fiabilidade interna dos sete itens, referentes à variável "necessidades"

Reliability Coefficients	Alpha = 0,884	N of items = 8	N of Cases = 64
--------------------------	---------------	----------------	-----------------

Ainda com o objectivo de verificação da fiabilidade da medida, é interessante e útil obter informação mais pormenorizada acerca das oito componentes que em conjunto definem a variável latente "insight" e "necessidades". É importante fazer o cálculo das correlações entre as componentes e o cálculo das correlações entre cada uma das componentes e o "insight" e as "necessidades". Os resultados são apresentados nas tabelas que se seguem.

Tabela 96. Média e desvio-padrão de cada uma oito componentes referentes à variável "insight"

Ítem	Média	Desvio - padrão
1. A medicação é importante para a minha recuperação.	,5781	,49776
3. As pessoas que me são mais próximas apercebem-se quando eu começo a ficar "alterado".	,6094	,49175
5. O que se passa comigo pode ser devido ao problema para o qual estou a ser tratado.	,4688	,50297
7. Apercebo-me quando alguma coisa estranha e invulgar começa a acontecer comigo.	,5469	,50173
9. Alguns dos meus pensamentos parecem-me reais, mas podem ser devido à minha imaginação.	,4375	,50000
11. Gostava de perceber melhor o que se passa comigo.	,5781	,49776
13. Sinto-me mais próximo do meu estado normal quando estou a tomar os medicamentos.	,3594	,48361
15. Têm ocorrido mudanças na minha vida devido ao problema para o qual estou a ser tratado.	,5625	,50000

Tabela 97. Média e desvio-padrão de cada uma sete componentes referentes à variável "necessidades"

Ítem	Média	Desvio - padrão
2. Tenho receio de começar uma actividade e poder ficar bloqueado com coisas simples.	,6563	,47871
4. Parece que os meus sentimentos estão "congelados".	,6250	,48795
6. As minhas capacidades mentais encontram-se mais diminuídas.	,6094	,49175
8. Actualmente tenho menos vontade em realizar coisas que antes fazia.	,7188	,45316
10. Sinto que as pessoas têm dificuldade em compreender-me.	,5469	,50173
12. Acontece-me não ter vontade para cuidar de mim.	,5938	,49501
14. Sinto-me uma pessoa mais isolada e distante daqueles que me rodeiam.	,5781	,49778
16. As minhas capacidades mentais encontram-se mais diminuídas.	,6094	,49175

O cálculo das correlações entre os oito itens referentes à variável "insight" (*correlation matrix*) encontra-se no anexo XVIII.

O cálculo das correlações entre os oito itens referentes à variável "necessidades" (*correlation matrix*) encontra-se no anexo XIX.

Através do cálculo das correlações entre os oito itens, quer da variável *insight*, quer da variável *necessidades*, podemos concluir que todas as correlações eram positivas o que é bom porque, se são componentes do "*insight*", devem ter correlações positivas entre si, e o facto das correlações terem valores significativos é bom porque indica que as componentes provavelmente estão genuinamente correlacionadas no universo.

Tabela 98. Valor médio da nova variável "*insight*"

Componente	Média	Desvio - padrão	Nº de variáveis
Statistics Scale	4,1406	2,97539	8

Como se verifica, o valor médio da nova variável "*insight*", que corresponde à soma dos valores médios dos oito itens, é 4,1406.

Tabela 99. Valor médio da nova variável "*necessidades*"

Componente	Média	Desvio - padrão	Nº de variáveis
Statistics Scale	4,3281	2,61895	8

Como se verifica, o valor médio da nova variável "*necessidades*", que corresponde à soma dos valores médios dos oito itens, é 4,3281.

### Aplicação da análise factorial

Na aplicação da análise factorial aos itens referentes à escala de *insight e avaliação das necessidades em pessoas com psicose*, é necessário considerar as correlações entre todos os pares de componentes.

Antes da aplicação da análise factorial testou-se a adequação da sua aplicação através da estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), resultando no valor 0,843<sup>6</sup>, sendo a aplicação da análise factorial de adequabilidade boa, permitindo a sua prossecução.

O valor KMO para as oito variáveis correspondentes às "*necessidades*" é de 0,745, sendo a aplicação da análise factorial de adequabilidade média.

Relativamente aos número de factores retidos e à variância total explicada os resultados podem ser observados nos anexos XX e XXI, de acordo com a variável estudada.

De acordo com o critério de Kaiser<sup>7</sup> devem reter-se dois factores, que explicam 60.285% da variância total no conjunto das oito variáveis analisadas referente ao "*insight*" (anexo XX).

<sup>6</sup> Inferior a 0,5 é inaceitável, entre 0,5 e 0,6 mau, entre 0,6 e 0,7 razoável, entre 0,7 e 0,8 médio, entre 0,8 e 0,9 bom e entre 0,9 e 1 muito bom (Reis, 1997)

<sup>7</sup> Valores próprios maiores do que 1.

Note-se que a primeira componente apresenta um valor próprio elevado (4,709) em relação às outras variáveis, indicando a importância deste factor.

De acordo com o critério de Kaiser deve reter-se um factor, que explica assim 56.962% da variância total no conjunto das sete variáveis analisadas, referente às "*necessidades*" (anexo XXI). Note-se que a primeira componente apresenta um valor próprio elevado (3,884) em relação às outras variáveis, indicando a importância deste factor.

### **Conclusões**

De acordo com a análise estatística efectuada ao instrumento original, verificou-se a boa fiabilidade manifestada pela escala. Efectuou-se igualmente o cálculo das correlações entre as oito componentes que definem a variável latente em estudo.

A aplicação do instrumento revelou que o mesmo foi de fácil compreensão por parte dos elementos que constituíram a amostra. Não foram constatadas quaisquer dificuldades a nível da sua interpretação.

Não foi, contudo, efectuada uma análise estatística mais profunda e pormenorizada com cruzamentos entre outros instrumentos e respectivas variáveis clínicas e sociodemográficas, uma vez que a concretização deste objectivo ultrapassava o objectivo que representa a elaboração de uma tese de mestrado.

Fica em aberto a possibilidade de, num outro trabalho, dar continuidade a este trajecto.

## CAPÍTULO VI

### 1. CONCLUSÃO

O assunto escolhido que serviu de tema para esta dissertação de mestrado representa, para além de uma imensa complexidade, um campo de investigação ainda pouco explorado e que apenas nas últimas décadas passou a ser alvo de inúmeras investigações.

Contudo, a relevância do conceito de *insight* para a intervenção terapêutica é crescente. Dadas as alterações nas políticas de cuidados de saúde mental para o sistema básico da comunidade, a pessoa doente deve ser considerada como participante activa ao longo do seu plano terapêutico. O sucesso desta abordagem depende, em certa medida, do *insight* do paciente e das suas atitudes ao longo do seu processo de recuperação.

A psicoeducação tem sido considerada com uma das ferramentas mais importantes que permite aperfeiçoar/melhorar o conhecimento básico que as pessoas doentes e as suas famílias têm sobre a natureza da doença mental e benefícios da medicação.

Há cada vez mais evidências que apontam que o *insight* nas psicoses é um processo multidimensional, que se desenvolve com o tempo. É de domínio específico e influenciado por factores pessoais, cognitivos, emocionais, sociais e culturais que interagem entre si.

Este fenómeno está longe de ser totalmente entendido. De modo a facilitar essa compreensão foram desenvolvidos instrumentos para avaliar o *insight* nas psicoses. Contudo, tem sido difícil chegar a conclusões suficientemente válidas. A avaliação do *insight* deve ser específica para que possa ter um significado. Cabe a cada investigador ter o cuidado de escolher o instrumento mais relevante de acordo com aquilo que pretende avaliar.

A interpretação efectuada à literatura sugere que os estudos que se focam nos diferentes aspectos do *insight*, utilizando métodos diferentes, contribuem para resultados desiguais nos estudos. Quer isto dizer que, nos estudos onde o entrevistador avalia os sintomas da psicose e reconhecimento da doença, a tendência inerente para ver as pessoas mais doentes como tendo menos *insight*, pode originar correlações enganosas e ilegítimas.

Existem igualmente muitas incertezas relativamente à associação do *insight* com o desempenho psicopatológico e neuropsicológico. Algumas dessas incertezas reflectem a natureza dinâmica do *insight*, que implicam uma certa maleabilidade e que, assim, abrem portas para a intervenção terapêutica.

Através de pequenas contribuições, como a que representa este trabalho, procurar-se-á fomentar uma compreensão mais detalhada do fenómeno e promover, consequentemente, o desenvolvimento de abordagens terapêuticas que visem ir ao encontro das necessidades individuais das pessoas doentes.

Este trabalho salientou a complexidade do conceito, a importância das atitudes subjectivas dos pacientes e o facto da qualidade de vida dos mesmos poder ser melhorada visando a promoção *insight*.

Atendendo a estes objectivos fez-se a caracterização de uma população de pessoas doentes com diagnóstico de psicose em tratamento no Hospital Miguel Bombarda. Foram incluídos no estudo pacientes inseridos nos vários regimes de tratamento e com variabilidade, tanto no tempo de doença como na gravidade da mesma. Em termos teóricos e de investigação, o estudo vale, fundamentalmente, por fornecer pistas para trabalhos complementares que pretendam dirigir os seus esforços no sentido de avaliar e promover o *insight*.

Serão de seguida sistematizadas as conclusões gerais mais relevantes.

1. Na primeira parte do trabalho foi efectuada a caracterização do *insight* em pessoas com psicose e à forma como a falta de crítica pode influenciar com o processo de adesão ao tratamento o que, consequentemente, poderá influenciar o prognóstico.

Atendendo a este facto tem-se verificado um crescente aumento dos esforços no sentido de serem desenvolvidas abordagens que visem ir ao encontro das necessidades previamente identificadas, capazes de promover a aquisição de novas aprendizagens.

Tem-se constatado que, à medida que as investigações acerca do fenómeno vão decorrendo, começa-se a ter uma visão um pouco mais clara acerca do tema, o que não quer dizer que outras questões não sejam, posteriormente, levantadas.

Salientou-se a importância da conjugação das diferentes abordagens de tratamento: intervenção farmacológica; psicoeducacional e psicossocial e reabilitação e reintegração social.

Foi igualmente sublinhada a importância da família no processo de recuperação do familiar doente.

Uma vez que se aborda o *insight* em pessoas com psicose, e sendo a família considerada como parte fundamental desse processo, foram igualmente abordadas as concepções e atitudes dos familiares em relação à patologia.

Constatou-se que o papel dos familiares pode desempenhar um factor fundamental na promoção do *insight* em relação à doença.

2. Depois de realizada esta caracterização, foi apresentada a definição do termo bem como a sua respectiva evolução histórica até ao momento actual, tendo sido referidas as novas dimensões que contemplam o *insight* como um constructo multidimensional. A partir da análise exaustiva realizada ao fenómeno, é importante salientar que o conceito de *insight* é um conceito complexo e que implica as construções do paciente, do técnico que o assiste e de todo o processo interactivo.

Foram seguidamente apresentados os três modelos exploratórios pelos quais a falta de *insight* tem sido explicada: o modelo neuropsicológico; psicológico e o cognitivo.

3. A revisão da literatura nacional iniciou a segunda parte deste trabalho. Verificou-se que em Portugal, até à data, não se encontram trabalhos publicados oriundos da avaliação do *insight*

nas psicoses. Também não se conhece qualquer instrumento original português para avaliar o fenómeno. Este dado pode indicar a importância de dar continuidade aos dados resultantes desta investigação e fomentar o desenvolvimento de estratégias de tratamento para pessoas com psicose e respectivos familiares que promovam o *insight* e a aquisição de novas aprendizagens.

A nível internacional vários estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de investigar as relações entre a falta de *insight* com variáveis clínicas, funcionais e sociodemográficas.

Os estudos realizados comprovam haver uma falta de *insight* em relação à doença no que se refere a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

4. A avaliação do *insight* tem sido aperfeiçoada ao longo dos últimos 20 anos. Como resultado, têm sido desenvolvidos instrumentos capazes de oferecer uma visão mais profunda acerca do fenómeno, o que vai permitir uma maior compreensão acerca da enorme complexidade que o caracteriza. Há, contudo, que ter em atenção o instrumento que é utilizado. Este deve ser escolhido com base naquilo que se pretende avaliar e de acordo com as hipóteses em estudo.

É de extrema importância que os investigadores continuem a aperfeiçoar a metodologia existente e que dirijam esforços para que esta área progrida.

A avaliação do *insight* e a sua consequente promoção, será, certamente, num futuro próximo, componente fundamental no processo de tratamento e recuperação de pessoas com psicose.

Levou-se a cabo a contribuição para validação de um instrumento de avaliação do *insight*, "*assessment of insight in psychosis*", um dos instrumentos mais actuais e promissores nesta área. Neste momento, o instrumento atrás mencionado será um dos instrumentos disponíveis para o desenvolvimento desta linha de investigação em Portugal

5. Com o objectivo de continuar a estender e a colocar novas questões no que se refere à compreensão e avaliação do *insight*, nasceu o desafio de desenvolver-se uma escala original portuguesa de avaliação do *insight* e identificação das necessidades em pessoas com psicose.

A abordagem psicopedagógica que é apresentada, pretende avaliar a percepção que a pessoa tem em relação àquilo que se passa consigo e à forma como isso se manifesta e pode interferir com o seu funcionamento. Assim, ao serem identificadas algumas das áreas que importam ser promovidas, procurar-se-à, posteriormente, promover um *insight* que permita melhorar a qualidade de vida de pessoas com psicose, através do desenvolvimento de programas de intervenção específicos de cariz psicopedagógico.

6. Finalmente, explorou-se alguns pontos abordados na literatura em relação às características clínicas, sociodemográficas e funcionais que podem estar relacionadas e oferecer uma explicação mais detalhada acerca do nível de *insight* registado em pessoas com psicose.

A controvérsia é ainda significativa nesta área (relativamente à própria conceptualização do *insight*), o que explica a diversidade de resultados encontrados na literatura.

Conclui-se que é fundamental definir, numa primeira fase, o conceito teórico do fenómeno (que aspecto do *insight* se pretende medir) e adequar, posteriormente, o instrumento a utilizar.

Neste sentido, e cumprido os procedimentos descritos como os adequados, procurou-se explorar as hipóteses referidas anteriormente, tendo-se obtido os seguintes resultados:

Hipótese 1: Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e o estado psicopatológico. Isto é, quanto maior for a pontuação referente ao estado psicopatológico, menor o *insight*.

Hipótese 2: Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e os sintomas positivos. Isto é, pessoas com cotação mais elevada nos sintomas positivos, tinham menos *insight*.

Hipótese 3: Não existe uma relação directa significativa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e os sintomas negativos. Isto é, o facto da pessoa ter uma cotação mais elevada nos sintomas negativos não implica que tenha mais *insight*.

Hipótese 4: Não existe uma relação directa significativa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e os sintomas depressivos. Isto é, o facto da pessoa estar deprimida não implica, necessariamente, que tenha mais *insight*.

Hipótese 5: Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e os sintomas maníacos. Isto é, o facto de uma pessoa ter uma cotação mais elevada nos sintomas maníacos, poderá ter alguma implicância no nível de *insight* registado. Constatou-se nesta investigação que quanto mais *maníaca* a pessoa se encontrava, menos crítica tinha.

Hipótese 6: Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e o seu funcionamento global. Isto é, quanto mais elevado o nível de *insight*, maior a capacidade da pessoa conseguir funcionar e adaptar-se às exigências do meio no qual se insere.

Hipótese 7: Existe uma relação, apesar de pouco significativa, entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e o regime de tratamento em que se encontra. Isto é, apesar dos resultados não serem muito significativos, verificou-se que pessoas que se encontravam em regime de tratamento ambulatorial ou hospital de dia, tinham um nível de *insight* superior quando comparadas a pessoas que se encontravam num outro regime.

Hipótese 8: Existe uma relação directa entre o nível de *insight* em pessoas com psicose e o tipo de tratamento que beneficia. Isto é, quando uma pessoa recebe o tratamento que não se limita à intervenção farmacológica, apresenta um nível de *insight* superior, o que traduz a necessária complementariedade entre as intervenções biológicas, psicológicas e educacionais.

Todas estas hipóteses foram detalhadamente exploradas no capítulo referente aos resultados obtidos nesta investigação.

Espera-se que esta investigação tenha possibilitado um contributo válido numa área tão delicada como é a das psicoses, e sobre um fenómeno tão complexo como é aquele que representa o *insight*.

Conclui-se o estudo na ideia de que o mesmo possa ter constituído uma mais valia neste domínio: não é possível resolver problemas sem primeiro os definir.

Este trabalho representa, apenas, o passo inicial sobre um tema que tem levantado inúmeras questões que justificam toda a investigação que venha a ser desenvolvida a seu respeito, como forma de oferecer, na prática, abordagens que visem beneficiar e ir ao encontro das necessidades das pessoas doentes, objecto e fonte de inspiração deste trabalho.

## **2. RECOMENDAÇÕES**

Pretende-se com este estudo fomentar uma compreensão mais detalhada acerca de um fenómeno tão complexo como aquele que representa o *insight*, possibilitando o desenvolvimento de uma abordagem actual e renovada.

Neste sentido, ao avaliar o nível de *insight* de pessoas com psicose procura-se-à utilizar essa informação para se desenvolver um programa de intervenção psicopedagógica breve que permita ir ao encontro de aprendizagens necessárias de maneira a que cada pessoa seja um elemento activo ao longo do seu processo de recuperação e se sinta melhor preparada em lidar com a realidade que a envolve.

### **2.1. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA BREVE**

*Com base na revisão teórica dedicada ao tema, e no seguimento do instrumento desenvolvido, segue-se a apresentação de uma proposta de intervenção psicopedagógica breve a ser desenvolvida em internamento e direccionada para a preparação para a alta.*

A capacidade das pessoas com psicose em compreenderem e lidarem com aquilo que se passa com elas encontra-se, na maioria das vezes, afectada.

Constata-se que, mesmo no final de um internamento psiquiátrico, a atitude da pessoa face à manutenção do tratamento proposto, após alta hospitalar, é posta em causa.

Neste sentido, é fundamental aproveitar o momento do internamento para promover o *insight* junto da pessoa doente. As intervenções desenvolvidas deverão contribuir para que o sujeito reconheça a necessidade de manutenção do tratamento e entenda a importância que desempenha no seu processo de recuperação.

Todas estas acções procurarão “treinar” cada sujeito a identificar os seus sinais de alerta e a informa-lo onde e como procurar ajuda, sempre que necessite, o mais precocemente possível.

Pretende-se, através deste tipo de abordagem, que cada pessoa consiga no final do internamento, identificar factores protectores e de risco que possam auxiliar na prevenção de recaídas e de futuros reinternamentos.



É por isso importante possibilitar um espaço que permita ir ao encontro das necessidades, dificuldades e “curiosidades”.

Esta avaliação poderá, numa primeira fase, ser efectuada através da escala de *insight* de Marková et al., 2003, ou de outro instrumento adequado e orientado para aquilo que se pretende avaliar, e complementada com a escala de avaliação do insight e identificação das necessidades em pessoas com psicoses.

Deverão ser considerados os seguintes aspectos antes da implementação de um programa psicopedagógico orientado para a preparação para a alta:

**a. Critérios de Inclusão:**

- Pessoas com diagnóstico de psicose;
- *Insight* reduzido (avaliado através da Escala de *Insight* de Marková et al., 2003);
- História de não adesão à terapêutica;
- Funcionamento social pobre;
- Encaminhamento médico;

**b. Critérios de Exclusão:**

- Pessoas que recusem ou que demonstrem sérias resistências que possam interferir com o funcionamento do grupo;
- pacientes com história de doença neurológica;

**c. Método:**

Serão seleccionados os pacientes que preencham os critérios de inclusão.

É fundamental que o médico psiquiatra autorize e esteja informado sobre a participação da pessoa no grupo.

Juntamente com a equipa clínica, deverá definir-se o momento adequado para inserção no programa.

Pessoas com sintomatologia produtiva activa, ou em que os efeitos da medicação possam interferir com o funcionamento do programa, deverão aguardar próxima intervenção.

De maneira a ir ao encontro das necessidades individuais e das aprendizagens que importam ser promovidas, cada participante será submetido, num primeiro momento, a uma avaliação prévia (aplicação de uma escala de *insight*, por ex. escala de *Insight* de Marková et al., 2003, e Escala de Avaliação do *Insight* nas Psicoses de Cardoso, 2005).

O grupo deverá ser, posteriormente, orientado de acordo com os resultados obtidos.

Não deverão estar presentes mais de 5 participantes.

Este programa, orientado para a preparação para a alta, deverá ser desenvolvido na última semana que antecede o fim do internamento.

Cada sessão terá uma duração aproximada de 75 minutos.

**d. Objectivos:**

- Promover a aquisição de conhecimentos e experiências para que cada pessoa se sinta melhor preparada, no final do internamento, em lidar com a sua realidade interna e externa;
- Promover a participação activa de cada utente ao longo do seu processo de recuperação;
- Capacitar a pessoa a identificar sinais de alerta;
- Promover a necessidade de adesão ao tratamento;
- Promover o desenvolvimento de novas aprendizagens que tenham um impacto positivo nas queixas, sinais, sintomas, incapacidade e disfuncionalidade apresentadas;

- Favorecer o desenvolvimento (pós alta) de atitudes e processos adequados que visem a integração de cada pessoa de acordo com os seus interesses e capacidades;
- Promover a adopção de estilos de vida mais saudáveis e adaptativos;
- Estimular a adopção de certos hábitos e de competências;
- Transmitir conhecimentos e esclarecer dúvidas de acordo com uma abordagem pedagógica;
- Identificar factores e motivos que contribuem para a não adesão ao tratamento;
- Identificar factores e motivos que levam os utentes a cumprir o tratamento;
- Promover a participação e a partilha em grupo, de maneira a que cada participante seja um elemento activo;
- Identificar as necessidades sentidas pelos utentes de maneira a aperfeiçoar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

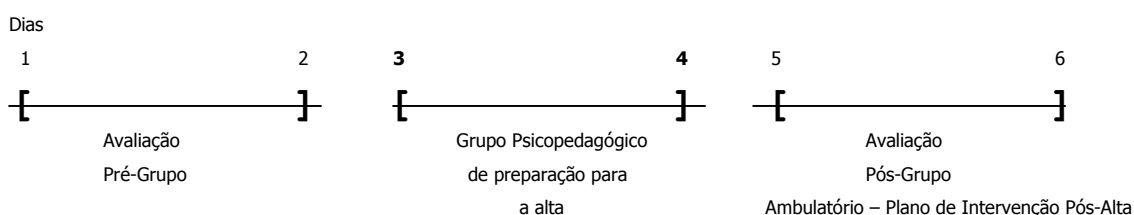
Como forma de ir ao encontro dos objectivos atrás mencionados, o desenvolvimento do GPPA passará pela utilização de estratégias pedagógicas facilitativas que visam o acesso personalizado e adequado a todas as aprendizagens que se pretendam promover.

É fundamental que ao longo do GPPA, o técnico responsável seja capaz de:

- Obter a cooperação dos membros do grupo para realizar os objectivos;
- Mobilizar as energias dos elementos do grupo para os objectivos;
- Ir ao encontro das principais necessidades, dúvidas e dificuldades sentidas dos utentes e que possam ser ali esclarecidas;
- Adequar estratégias e métodos;
- Seleccionar as técnicas em função de vários factores;
- Fazer uma continuada revisão/avaliação do método utilizado e dos resultados alcançados.

Para cumprimento destes objectivos serão desenvolvidas estratégias pedagógicas facilitativas e adequadas aos requisitos de cada sessão em função dos elementos do grupo.

#### e. Plano das Sessões \*



\* O plano apresentado deverá adaptar-se de acordo com as características do grupo.

#### f. Estrutura do Plano de Intervenção

##### Sessão 1:

- A experiência do internamento vivida por cada participante: vantagens, desvantagens, dificuldades sentidas e sugestões.
- O reconhecimento da necessidade de tratamento e respectivo internamento (antes e agora);
- Motivo e causas do actual internamento segundo o utente;
- Identificação dos factores que interferem com a não adesão ao tratamento.

##### Sessão 2:

- Identificação de eventuais sinais de alerta eventualmente indicadores de uma crise e que poderão ter estado

<p>relacionados com o motivo da hospitalização;</p> <p>b. Identificação de factores protectores;</p> <p>c. Enumeração de palavras-chave;</p> <p>d. Promoção do desenvolvimento de novas aprendizagens de acordo com a avaliação prévia efectuada através de instrumentos validados de avaliação do <i>insight</i>.</p>
<p><b>Sessão 3:</b></p> <p>a. Transmissão de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas relacionadas com o processo terapêutico, de acordo com uma abordagem psicoeducativa.</p>
<p><b>Sessão 4:</b></p> <p>a. Promoção de estratégias de <i>coping</i>;</p> <p>b. Enumeração dos serviços e tratamentos disponíveis de acordo com as necessidades de cada utente;</p> <p>c. A importância da intervenção precoce na prevenção de recaídas e de futuros reinternamentos.</p>
<p><b>Sessão 5:</b></p> <p>a. Elaboração de um plano de acção pós-alta como forma de promover a participação activa de cada pessoa ao longo do seu processo de recuperação;</p> <p>b. Avaliação dos resultados obtidos;</p> <p>c. Definição de um plano terapêutico ambulatorial (opcional).</p>

#### g. Instrumentos

Escala de *Insight* de Marková et al., 2003;

Escala de Avaliação do *Insight* e Identificação das Necessidades em Pessoas com Psicose (Cardoso, 2005).

De acordo com os objectivos inicialmente propostos deverá ser desenvolvido um questionário que permita avaliar se esses mesmos objectivos foram ou não cumpridos de maneira a aperfeiçoar a abordagem e ir ao encontro das necessidades e dificuldades identificadas.

#### h. Conclusões

Os resultados obtidos deverão orientar esforços no sentido de aperfeiçoar as técnicas existentes e responder eficazmente àquelas que são as necessidades sentidas pelos próprios utentes de modo a promover a qualidade de vida dos mesmos.

O desenvolvimento de programas psicopedagógicos, em contexto de internamento, representa um passo importante que poderá implicar a prevenção de recaídas e, consequentemente, futuras re-hospitalizações.

#### i. Recomendações

A implementação de um programa deste tipo exige que haja um trabalho e uma articulação entre a equipa clínica plena, orientada para o aperfeiçoamento dos cuidados prestados a cada utente.

Sempre que se justifique, esta intervenção poderá ser estendida para ambulatório.

Deverão ser igualmente desenvolvidas intervenções específicas para familiares de pessoas com doença mental grave, que permitam, igualmente, fomentar o *insight* das famílias.

### **3. COMENTÁRIOS FINAIS**

A validação de um instrumento é geralmente um processo contínuo, que se completa através de sucessivas aplicações e que não pode ser determinado nem definido por um único estudo. Assim, a contribuição para a validação da *escala de avaliação do insight nas psicoses*, de Marková et al. (2003), de ser completada e confirmada com outros estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abel, C. M. (2003). O *insight* na psicanálise. *Psicologia ciência e profissão*, 23 (4), 22-31.

Alanen, Y. (1997). La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Amador, X. F.; Flaum, M.; Andreasen, N. C.; Strauss, D. H.; Yale, S. A.; Clark, S. C.; Gorman, J. M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.

Amador, X. F.; Friedman, J.; Kasapis, C.; Yale, S.; Flaum, M.; Gorman, J. (1996). Suicidal behaviour in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1185-1188.

Amador, X. F.; Gorman, J. M. (1998). Psychopathological domains and *insight* in schizophrenia. *The Psychiatric clinics of North America*, v.21, p.27-42.

Amador, X. F.; Kronengold, H. (1998). The description and meaning of *insight* in psychosis. In: Amador, X.F.; David, A.S., ed. *Insight and Psychosis*. New York, Oxford University Press, p. 15-32.

Amador, X. F.; Strauss, D. H.; Yale, S. A.; Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113-132.

Amador, X. F.; Strauss, D. H. (1993). Poor *insight* in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 64, 305-318.

Amador, X. F.; Strauss, D. H.; Yale, S. A.; Flaum, M. M.; Endicott, J.; Gorman, J. M. (1993). *Assessment of insight in psychosis*. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.

Amaro, J. R. (2001). Factores sociais e culturais da esquizofrenia – Estudo de um grupo de indivíduos internados no Hospital Júlio de Matos (Lisboa), com diagnóstico de esquizofrenia. Volume I. Dissertação de doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Sociologia. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

American Psychiatry Association (1994). Diagnostic and statistical manual: IV. Washington, *American Psychiatry Association*, 886p.

Anderson, C. M.; Hogarty G.; Reiss D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach. *Schizophr Bull*, 6: 490-505.

Andrade, C. L. (2001). Aspectos socioculturales. In: Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia. J. Télles-Vargas, A Lopez-Mato (Orgs). Bogotá: *Nuevo Milenio Editores*, 93-99.

Andreasen, N. C. (1999). A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. *Arch Gen Psychiatry*, 56:781-7.

Andreasen, N. C.; Olsen S. (1982) .Negative v positive schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 39,789-794.

- Angermeyer, M. C.; Matschinger, H. (1996a). Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.94, p.326-36.
- Angermeyer, M. C.; Matschinger, H. (1996b). Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, v.31, p.309-15.
- Angermeyer, M. C.; Klusmann, D. (1988). The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives: The patients' point of view. *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, 238, 47-54.
- Appelbaum, P. S.; Mirkin, S. A.; Bateman, A. L. (1981). Empirical assessment of competency to consent to psychiatric hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1170-1176.
- Axelrod, S.; Wetzler, S. (1989). Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 397-401.
- Azevedo, M. (2006). Teses, relatórios e trabalhos escolares. 5ª edição. Universidade Católica Editora.
- Babinsky, M. J. (1991). Contribution a l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (Agnosognosie). *Revue Neurologique*, v.12, p.845-88, 1914 apud Amador, X. F.; Strauss, D. H.; Yale, S. A., p.122.
- Baier, M.; Murray, R. L. E. (1999). A descriptive study of *insight* into illness reported by persons with schizophrenia. *J. Psychol. Nurs.*, v.37, p.14-21.
- Baier, M.; Deshay, E.; Owens, K.; Robinson, M.; Lasar, K.; Peterson, K.; Bland, R. S. (2000). The relationship between *insight* and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, v.14, p.259-65.
- Bartkó, G.; Herczeg, I.; Zador, G. (1988). Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 74-76.
- Bech P., Malt U. F., Denckers S. J., Ahlfors U. G., Elgen K., Lewander T. et al. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87(suppl 372):3-36.
- Beck, A. T.; Baruch, E.; Balter, J. M.; Steer, R. A.; Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring *insight*: the Beck Cognitive *Insight* Scale. *Schizophrenia Research*, 68, 319-329.
- Bell, M. D.; Lysaker, P. H.; Beam-Goulet, J. L.; Milstein, R. M.; Lindenmayer, J. P. (1994). Five-component model of schizophrenia: assessing the factorial invariance of the Positive and Negative Syndrome Scale. *Psychiatry Research*, 52, 295-303.
- Bellack, A. S.; Mueser K. T. (1993). Psychosocial Treatment for Schizophrenia. In: Special Report: *Schizophrenia*. Rockville: National Institute of Mental Health, 143-162.
- Birchwood, M.; Mason, R.; MacMillan, F.; Healy, J. (1993). Depression, demoralisation and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395.
- Birchwood, M.; Smith, J.; Drury, V.; Healy, J.; MacMillan, F.; Slade, M. (1994). A self-report *insight* scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr. Scand.*, 89, 62-67.

- Bond, G. (1984). An economic analysis of psychosocial rehabilitation. *Hospital and Community Psychiatry* 35, 356-362.
- Bourgeois, M.; Swendsen J.; Young F.; Amador X. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry*, 161:1494-6.
- Breier, A.; Strauss, J. S. (1984). The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *Am. J. Psychiatry*, v.141, p. 949-55.
- Brewin, C. R. (1992). Believing what patients tell us. *Journal of Mental Health*, 1, 83-84.
- Brooks, G. W.; Deane, W. N.; Hugel, R. W. (1968). Some aspects of the subjective experience of schizophrenia. *Diseases of the Nervous System*, 29 (Suppl. 5), 78-82.
- Brown, C. S.; Wright, R. G.; Christensen, D. B. (1987). Association between type of medication instruction and patients' knowledge, side effects, and compliance. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 55-60.
- Brown, R. (1973). Schizophrenia, language, and reality. *American Psychologist*, 28, 395-403.
- Buchanan, A.; David, A. (1994). Compliance and the reduction of dangerousness. Editorial. *Journal of Mental Health*, 3, 427-429.
- Buchanan, A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 22, 787-797.
- Buckley, P. F.; Hasan, S.; Friedman, L.; Cerny, C. (2001). *Insight* and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 39-41.
- Budd, R. J.; Hughes, I. C. T.; Smith, J. A. (1996). Health beliefs and compliance with antipsychotic medication. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 393-397.
- Cambridge (1995). International Dictionary of English. *Cambridge University Press*.
- Campbell, R. J. (1996). Psychiatric Dictionary. 7.ed. New York/Oxford, Oxford, *University Press*.
- Canton C. L.; Koh S. P.; Fleiss J. L.; Barrow S., Goldstein J. M. (1985). Rehospitalization in chronic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 173 (3): 139-48.
- Caracci, G.; Mukherjee, S.; Roth, S.; Decina, P. (1990). Subjective awareness of abnormal involuntary movements in chronic schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 295-298.
- Carpenter W. T. Jr; Strauss J. S. (1991) The prediction of outcome in schizophrenia. IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (9):517-25.
- Carpenter W. T. Jr; Strauss J. S.; Bartko J. J. (1981). Beyond diagnosis: the phenomenology of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 138 (7):948-53.

- Carpenter W. T. Jr; Strauss J. S.; Bartko J. J.; Hawk A. B. (1978). Signs and symptoms as predictors of outcome: a report from the International Pilot Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 135 (8):940-4.
- Carpenter W. T. Jr; Strauss J. S.; Bartko J. J.; Hawk A. B. (1973). Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science*, 182 (118):1275-8.
- Carroll, A.; Fattah, S.; Clyde, Z.; Coffey, I.; Owens, D. G. C.; Johnstone, E. C. (1999). Correlates of *insight* and *insight* change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35, 247-253.
- Carsky, M.; Selzer, M. A.; Terkelsen K.; Hurt, S. W. (1992). The PEH: a questionnaire to assess acknowledgement of psychiatric illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 458-464.
- Carter, M. (2003). The relationship of a self-reported assessment of need in mental illness to *insight*. *Journal of Mental Health*, 12, 81-89.
- Cernovsky, Z. Z.; Landmark, J.; Helmes, E. (1994). Are schizophrenic symptoms different in patients with higher education? *Psychological Reports*, 75, 1552-1554.
- Chaves, A. C. (1994). Diferença entre os sexos na evolução da esquizofrenia. São Paulo. Tese apresentada à Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.
- Chung, K. F.; Chen, E. Y. H.; Lam, L. C. W.; Chen, R. Y. L.; Chan, C. K. Y. (1997). How are psychotic symptoms perceived? A comparison between patients, relatives and the general public. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, v.31, p.756-61.
- Cohen, C. I.; Berk, L. A. (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 407-410.
- Collins, A. A.; Remington, G. J.; Coulter, K.; Birkett, K. (1997). *Insight*, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 27, 37-44.
- Cordeiro, J. C. D. (1986). Manual de Psiquiatria Clínica, *Fund. Calouste Gulbenkian*.
- Cordo, M. (2003). Reabilitação de pessoas com doença mental – das famílias para a instituição, da instituição para as famílias. Climepsi editores.
- Correia, T. M.; Gamito, A. e Almeida, S. (2003). O *insight* nos doentes esquizofrénicos – instrumentos de avaliação. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca.
- Craig T. J.; Kovaszny B. (1988). Utilization of services, *Elsevier Science publishers B.V.*
- Cuesta, M. J.; Peralta, V. (1994). Lack of *insight* in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 359-366.
- Cuesta, M. J.; Peralta, V.; Carol, F.; Leon, J. (1995). Is poor *insight* in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin Card Sorting Test? *American Journal of Psychiatry*, 152, 1380-1382.
- Cuesta, M. J.; Peralta, V.; Zarzuela, A. (2000). Reappraising *insight* in psychosis: Multi-scale longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 233-240.



- Current, J. P.; Cirelli, V. A. (1998). The role of psychosocial factors in the etiology, course and outcome schizophrenia, *Elsevier Science Publishers, B.V.*
- Dalery, J., d'Amato T. (2001). A esquizofrenia – investigações actuais e perspectivas. Climepsi editores.
- David, A. (1990). *Insight* and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- David, A. S. (1992). Illness and *insight*. *British Journal of Hospital Medicine*, 48, 652-654.
- David, A. S. (1994). Dysmodularity: a neurocognitive model for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 120, 249-255.
- David, A. S. (1999). "To see ourselves as others see us": Aubrey Lewis's *insight*. *British Journal of Psychiatry*, 175, 210-216.
- David, A.; Buchanan, A.; Reed, A.; Almeida, O. (1992). The assessment of *insight* in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599-602.
- David, A.; Kemp, R. (1997). Five perspectives on the phenomenon of *insight* in psychosis. *Psychiatric Annals*, 27, 791-797.
- Davidhizar, R. E.; Austin, J. K.; McBride, A. B. (1986). Attitudes of patients with schizophrenia toward taking medication. *Research in Nursing & Health*, 9, 139-146.
- Davidoff, S. A.; Forester, B. P.; Ghaemi, S. N.; Bodkin, J. A. (1998). Effect of video self-observation on development of *insight* in psychotic disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 697-700.
- Dickerson, F. B.; Boronow, J. J.; Ringel, N.; Parente, F. (1997). Lack of *insight* among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 48, 195-199.
- Doherty, E. G. (1975). Labeling effects in psychiatric hospitalization: A study of diverging patterns of inpatient self-labeling processes. *Archives of General Psychiatry*, 32, 562-568.
- Drake, R. J.; Lewis, S. W. (2003). *Insight* and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 165-173.
- Drake, R. J.; Pickles, A.; Bentall, R. P.; Kinderman, P.; Haddock, G.; Tarrier, N.; Lewis, S. W. (2004). The evolution of *insight*, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 285-292.
- Drury, V.; Birchwood, M.; Cochrane, R.; MacMillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.
- Elkis, H. (1996). Contribuição para o estudo da estrutura psicopatológica multifatorial da esquizofrenia [*tese de livre-docência*]. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Elkis, H.; Friedman L.; Thompson P.; Maes M.; Meltzer H. (1995). The concept of schizophrenia and the phenomenological models of Kraepelin, Bleuler and Schneider: A confirmatory factor analysis. *Schizophrenia Research*, 15:15.

EPPIC. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. Psychoeducation for early psychosis. Psychiatric Services Branch: *Departament of Himan Services*. Victória, Austrália 1997.

Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189-196.

Fallon, I. R. ; Boyd, J. L.; McGill, C. W. (1984). Family care schizophrenia. *The guilford press*, New York.

Feighner, J.; Robins E.; Guze S.; Woodruff R.; Munhoz R. G. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Arch Gen Psychiatry*, 26:57-63.

Fennig, S.; Everett, E.; Bromet, E. J.; Jandorf, L.; Fennig, S. R.; Tanenberg-Karant, M.; Craig, T. J. (1996). *Insight* in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 22, 257-263.

Fenton W. S.; McGlashan T. H.; Victor B. J.; Blyler C. R. (1997). Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum. *American Journal of Psychiatry*, 154 (2): 199-204.

Fiss, N. (2001). Tradução, adaptação e estudo da confiabilidade da versão brasileira da "escala para avaliar a ausência de noção do transtorno mental". Dissertação de Mestrado. Escola Paulista de Medicina.

Flaherty, J. A.; Gaviria, F. M.; Pathak D.; Mitchell T.; Wintrob, R.; Richman, J. A.; Birz, S. (1988). Developing Instruments for Cross- cultural Psychiatry Research. *J Nerv Ment Dis*, 176: 257-263.

Flashman, L. A.; McAllister, T. W.; Andreasen, N. C.; Saykin, A. J. (2000). Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1167-1169.

Foucault, M. (2000). Doença mental e psicologia. Tempo brasileiro, 6ª edição.

Freudenreich, O.; Deckersbach, T.; Goff, D. C. (2004). *Insight* into current symptoms of schizophrenia: Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 14-20.

Fucetola, R.; Seidman, L. J.; Kremen, W. S.; Faraone, S. V.; Goldstein, J. M.; Tsuang, M. T. (2000). Age and neuropsychologic function in schizophrenia: a decline in executive abilities beyond that observed in healthy volunteers. *Biol. Psychiatry*, v.48, p.137-46.

Gago, F. S. J. (1996). Avaliação de Necessidades em Reabilitação Psicossocial. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas.

Garety, P. (1985). Delusions: problems in definition and measurement. *Br. J. Med. Psychol.*, v.58, p.25-34.

Garrafé, J. (2004). História da esquizofrenia. Climepsi editores.

Georgieff, N. (1995). A esquizofrenia. Instituto Piaget.

Ghaemi, S. N. (2003). The concepts of psychiatry. A pluralistic approach to the mind and mental illness. Baltimore and London: *John Hopkins Press*.

Ghaemi, S. N.; Pope, H. G. (1994). Lack of *insight* in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 22-33.

Ghaemi, S. N.; Boiman, E.; Goodwin, F. K. (2000). *Insight* and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Comp. Psychiatry*, v.41, p.167-71.

Gigante, A. D.; Castel, S. (2004). *Insight* into schizophrenia: a comparative study between patients and family members. *São Paulo Med. J.*, São Paulo, v. 122, n. 6, 2004.

Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802004000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802004000600004&lng=en&nrm=iso).

Glass, L. L.; Katz, H. M.; Schnitzer, R. D.; Knapp, P. H.; Frank, A. F.; Gunderson, J. G. (1989). Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relationship of process to outcome. *American Journal of Psychiatry*, 146, 603-608.

Glick, I. D.; Burti, L.; Okonogi, K.; Sacks, M. (1994). Effectiveness in psychiatric care. III: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *Br. J. Psychiatry*, v.164, p.104-6.

Goldman C. R., Quinn F. L. Effects of a Patient Education Program in the Treatment of Schizophrenia. *Hospital Community Psychiatry* 1988; 39(3):282-286.

Goldstein, M. J. (1994). Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta psychiat Scand*, 89 (suppl.): 54-57.

Goldstein, M. J. (1995). Family education and relapse prevention. *Int Clin Psychopharmacol*, 9 (suppl.): 59-69.

Gollwitzer, P. M.; Kinney, R. F. (1989). Effects of deliberative and implemental mind-sets on illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 531-542.

Green, J. H. (1988). Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Hosp Community Psychiatry*, 39: 963-966.

Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*, 153: 321-330.

Greenfield, D.; Strauss, J. S.; Bowers, M. B. (1989). *Insight* and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 245.

Gunderson, J. G.; Frank, A. F.; Katz, H. M.; Vannicelli, M. L.; Frosch, J. P.; Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.

Gynther M. D.; Reznikoff M.; Fischman M.. (1963). Attitudes of psychiatric patient toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. *Journal of Mental Disease*. 136: 68-71.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, v.23, p.56-62.

Harrow, M.; Miller, J. G. (1980). Schizophrenic thought disorder and impaired perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 717-727.

Hayward, P.; Chan, N.; Kemp, R.; Youle, S.; David, A. (1995). Medication self-management: a preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health*, 4, 511-517.

Heinrichs, D. W.; Cohen, B. P.; Carpenter, W. T. (1985). Early *insight* and the management of schizophrenic decompensation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 133-138.

Hill, M. M.; Hill, A. (2005). Investigação por questionário. 2ª Edição, edições sílabo.

Hoglund, P.; Engelstad, V.; Sorbye, O.; Heyerdahl, O.; Amlo, S. (1994). The role of *insight* in exploratory psychodynamic psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 305-318.

Holzinger, A.; Kilian, R.; Lindenbach, I.; Petscheleit, A.; Angermeyer, M. C. (2003). Patients' and their relatives' causal explanations of schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, v.38, p.155-62.

Horgarty, G. E.; Munez M. (1986). Family psychoeducation, *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 633-642.

Horgarty, G. E.; McEvoy J. P., (1991). Familical Expressed Emotion, result of two year controlled study, *Arch. Gen. Psychiatry*, 159, 475 – 480.

Husted, J. R. (1999). *Insight* in severe mental illness: Implications for treatment decisions. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 33-49.

Jablensky A. (1999). The 100-Year Epidemiology of Schizophrenia. In: Search for the Causes of Schizophrenia Vol. IV Balance of the Century. W. F. Gattaz, H. Hafner (Eds). Berlin: Springer-Verl., 3-19.

Johnson, S.; Orrell, M. (1995). *Insight* and psychosis: a social perspective. *Psychological Medicine*, 25, 515-520.

Johnson, S.; Orrell, M. (1996). *Insight*, psychosis and ethnicity: a case-note study. *Psychological Medicine*, 26, 1081-1084.

Jones, G. (1995). Informed consent in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 167, 565-568.

Jorge, M. R. (1998). Adaptação Transcultural de Instrumentos de Pesquisa em Saúde Mental. *Rev Psiq Clin.* 25(5) ; 233-239.

Jorgensen, P. (1995). Recovery and *insight* in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 436- 440.

Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 160: 601-620.

Kemp, R.; David, A. (1995). Psychosis: *insight* and compliance. *Current Opinion in Psychiatry*, 8, 357-361.

Kemp, R.; David, A. (1996). Psychological predictors of *insight* and compliance in psychotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 169, 444-450

Kemp, R.; Hayward, P.; Applewhaite, G.; Everitt, B.; David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.

- Kemp, R.; Lambert, T. J. R. (1995). *Insight* in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research*, 18, 21-28.
- Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *Br. J. Psychiatry*, v.180, p.110-5.
- Kennard, D. (1974). The newly admitted psychiatric patient as seen by self and others. *Br. J. Med. Psychol.*, v.47, p.27-41.
- Kent, S.; Yellowlees, P. (1994). Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalisation. *Psychiatric Services*, 45, 347-350.
- Keshavan, M. S.; Rabinowitz, J.; DeSmedt, G.; Harvey, P. D.; Schooler, N. (2004). Correlates of *insight* in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 70, 187-194.
- Kim, Y.; Sakamoto, K.; Kamo, T.; Sakamura, Y.; Miyaoka, H. (1997). *Insight* and clinical correlates in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 117-123.
- Koren, D.; Seidman, L. J.; Poyurovsky, M.; Goldsmith, M.; Viksman, P.; Zichel, S.; Klein, E. (2004). The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. *Schizophrenia Research*, 70, 195-202.
- Lacro, J. P.; Dunn, L. B.; Dolder, C. R.; Leckband, S. G.; Jeste, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J. Clin. Psychiatry*, v.63, p.892-909.
- Lai, Y. M.; Hong, C. P. H.; CHEE, C. Y. I. (2000). Stigma of Mental Illness. *Singapore Med. J.*, v.42, p.111-4.
- Lally, S. J. (1989). "Does being in here mean there is something wrong with me?" *Schizophrenia Bulletin*, 15, 253-265.
- Lam, D.; Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, *insight* and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychological Medicine*, 27, 1091-1100.
- Lancaster R. S.; Evans J. D.; Bell M. D. (2003) *Insight* in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophrenia research* 59(1):41-7.
- Laroi, F.; Fannemel, M.; Ronnember, U.; Flekkoy, K.; Opjordsmoen, S.; Dullerud, R.; Haakonsen, M. (2000). Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res.*, v.100, p.49-58.
- Leff, J. (1994). Stress reduction in the social environment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*, 90 (suppl.): 133-139.
- Leff, J. (1994). Working with families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 164 (suppl.): 71-76.
- Leff, J. P.; Kuipers, L.; Berkowitz, R.; Eberlein-Fries, R.; Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in schizophrenia families. *British Journal of psychiatry*, 141: 121-134.
- Lesser, I.; Friedmann, C. (1981). Attitudes toward medication change among chronically impaired psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 801-803.

- Lewis, A. (1934). The psychopathology of *insight*. *Br. J. Med. Psychology*, v.14, p.332-48.
- Lewine R. R. (1981). Sex differences in schizophrenia: timing or subtypes? *Psychol Bulletin*. (3):432-4
- Libberman R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*. 57(2):104-14. Review.
- Lieberman R. P., Mueser K. T., Wallace C. J., Jacobs H. E., Eckman T. A., Massel H. K. Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence. *Schizophr Bull* 1986; 12(4):631-647.
- Liddle, P. F.; Barnes, T. R. E. (1988). The subjective experience of deficits in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 157-164.
- Lin, I. F., Spiga, R.; Fortsch, W. (1979). *Insight* and adherence to medication in chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 430-432.
- Linn, M. W., Klett C. J.; Cafey E. M. Jr. (1982). Relapse of psychiatric patient in foster care. *Am J Psychiatry*, 139: 778-783.
- Linn, E. L. (1965). Relevance of psychotic patients' *'insight'* to their prognosis. *Archives of General Psychiatry*, 13, 424-428.
- Link, B. G. (1987). Understanding labelling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Louzã M. R. Convivendo com a Esquizofrenia – Um guia para pacientes e familiares. São Paulo: Lemos.
- Lysaker, P.; Bell, M. (1994). *Insight* and cognitive impairment in schizophrenia: performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 656-660.
- Lysaker, P. H.; Bell, M. D.; Bryson, G. J.; Kaplan, E. (1998). *Insight* and interpersonal function in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 432-436
- Lysaker, P.; Bell, M.; Milstein, R.; Bryson, G.; Beam-Goulet, J. (1994). *Insight* and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry*, 57, 289-297.
- Lysaker, P.; Bell, M. (1995). Work rehabilitation and improvements in *insight* in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 103-107.
- Lysaker, P. H.; Bryson, G. J.; Lancaster, R. S.; Evans, J. D.; Bell, M. D. (2002). *Insight* in schizophrenia: Associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*, 59, 41-47.
- Lysaker, P. H.; Lancaster, R. S.; Davis, L. W.; Clements, C. A. (2003). Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 38-44.
- MacFarlane, W. R.; Lukens E.; Link B.; Dushay R.; Deakins S. A.; Newmark M., et al. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 679-687.

- Macpherson, R.; Double, D. B.; Rowlands, R. P.; Harrison, D. M. (1993). Long-term psychiatric patients' understanding of neuroleptic medication. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 71-73.
- Macpherson, R.; Jerrom, B.; Hughes, A. (1996). Relationship between *insight*, educational background and cognition in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 718-722.
- Magliano, L.; Guarneri, M.; Fiorillo, A.; Marasco, C.; Malamgone, C.; Maj, M. (2001). A multicenter italian study of patients' relatives' beliefs about schizophrenia. *Psychiatry Serv.*, v.52, p.1528-30.
- Mantonakis, J.; Markidis, M.; Kontaxakis, V.; Liakos, A. (1985). A scale for detection of negative attitudes towards medication among relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.71, p.186-9.
- Marques-Teixeira, J. (2003). Déficit cognitivo na esquizofrenia – dos consensos às incertezas. Vale & Vale editores.
- Mari, J. J.; Streiner D. (1994). Family intervention for those with schizophrenia, *Psychological Medicine*, 24, 565-578.
- Marder, S. (1999). Treatment Research and the Causes of Schizophrenia. In: Search for the Causes of Schizophrenia Vol. IV Balance of the Century. W. F. Gattaz, H. Hafner (Eds). *Berlin: Springer-Verl.*, 368-370.
- Marková, I. S. (2005). *Insight in Psychiatry*. Cambridge University press.
- Marková, I. S.; Berrios, G. E. (1992). The meaning of *insight* in clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 160, 850-860.
- Marková, I. S.; Berrios, G. E. (1992). The assessment of *insight* in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 159-164.
- Marková, I. S.; Berrios, G. E. (1995). *Insight* in clinical psychiatry- a new model. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v.183, p.743-51.
- Marková, I. S.; Roberts, K. H.; Gallagher, C.; Boos, H.; McKenna, P. J.; Barrios, G. E. (2003). Assessment of *insight* in psychosis: A re-standardization of a new scale. *Psychiatry Research*, 119, 81-88.
- Marks, K. A.; Fastenau, P. S.; Lysaker, P. H.; Bond, G. R. (2000). Self-appraisal of illness questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated *insight* and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45, 203-211.
- Marder, S. R.; Swann, E.; Winsdale, W. J.; Van Putten, T.; Chien, C.; Wilkins, J. N. (1984). A study of medication refusal by involuntary psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 724-726.
- Matos, C. (2004). Saúde mental. Climepsi editores.
- McCabe, R.; Quayle, E.; Beirne, A.; Anne Duane, M. M. (2002). *Insight*, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v.190, p.519-25.
- McEvoy, J. P., Aland, J., Wilson, W. H. *et al.* (1981). Measuring chronic schizophrenic patients' attitudes towards their illness and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 856-858.

- McEvoy, J. P.; Howe, A. C.; Hogarty, G. E. (1984). Differences in the nature of relapse and subsequent inpatient course between medication compliant and noncompliant schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 412-416.
- McEvoy, J. P.; Apperson, L. J.; Applebaum, P. S.; Ortilip, P.; Brecosky, J.; Hammill, K.; Geller, J. L.; Roth, L. (1989). *Insight* in schizophrenia: Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47.
- McEvoy, J. P.; Freter, S.; Everatt, G.; Geller, J. L.; Appelbaum, P.; Apperson, L. J.; Roth, L. (1989). *Insight* and the clinical outcome of schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 48-51.
- McEvoy, J. P.; Freter, S.; Merritt, M.; Apperson, L. J. (1993). *Insight* about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 883-884.
- McEvoy, J. P.; Hartman, M.; Gottlieb, D.; Godwin, S.; Apperson, L. J.; Wilson, W. (1996). Common sense, *insight*, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 635-641.
- McEvoy, J. P.; Schooler, N. R.; Friedman, E.; Steingard, S.; Allen, M. (1993). Use of psychopathology vignettes by patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and by mental health professionals to judge patients' *insight*. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1649-1653.
- McGlashan, T. H.; Levy, S. T.; Carpenter, W. T. (1975). Integration and sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.32, p.1269-72.
- McGlashan, T. H.; Wadeson, H.S.; Carpenter, W.T.; Levy, S.T. (1977). Art and recovery style from psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v.164, p.182-90.
- McGlashan, T. H.; Carpenter, W. T. (1981). Does attitude towards psychosis relate to outcome? *American Journal of Psychiatry*, 138, 797-801.
- McGlashan, T. H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v.175, p.681-5.
- McGlynn, S. M.; Schacter, D. L. (1989). Unawareness deficits in neuropsychological syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 143-205.
- McGorry P. D.; Edwards J. (2002). Intervenção precoce nas psicoses. São Paulo: *Janssen-Cilag*.
- McGorry, P.D. (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. *Psychiatry*, v.58, p.313-28.
- McGorry, P.D.; Mcconville, S.B. (1999). *Insight* in psychosis: na elusive target. *Compr. Psychiatry*, v.40, p.131-42.
- Mercer, B.; Wapner, W.; Gardner, H.; Benson, F. (1977). A study of confabulation. *Archives of Neurology*, 34, 429-433.
- Merinder, L. B. (2000). Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 98-106.
- Merinder, L. B.; Viuff, A. G.; Laugesen, H.; Clemmensen, K.; Misfelt, S.; Espensen, B. (2002). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 287-294.



Michalakeas, A. ; Skoutas, C.; Charalambous, A. (1994). *Insight* in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 46-49.

Mintz, A. R.; Addington, J.; Addington, D. (2004). *Insight* in early psychosis: A 1-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 67, 213-217.

Mintz, A. R.; Dobson, K. S., Romney, D. M. (2003). *Insight* in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75-88.

Mohamed, S.; Fleiming, S.; Penn, D. L.; Spaulding, W. (1999). *Insight* in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 525-531.

Molvaer, J.; Hantzi, A.; Papdatos, Y. (1992). Psychotic patients' attributions for mental illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 210-212.

Moore, A.; Sellwood, W.; Stirling, J. (2000). Compliance and psychological reactance in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 287-295.

Moore, O.; Cassidy, E.; Carr, A.; Callaghan, E. O. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*, 14, 264-269.

Moreira, J. M. (2004). Questionários: teoria e prática. Almedina.

Mueser, K. T.; Valentiner, D. P.; Agresta, J. (1997). Coping with negative symptoms of schizophrenia: patient and family perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 329-339.

O'Connor, R; Herrman, H. (1993). Assessment of contributions to disability in people with schizophrenia during rehabilitation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 595-600.

O'Donnell, C.; Donohoe, G.; Sharkey, L.; Owens, N.; Migone, M.; Harries, R.; Kinsella, A.; Larkin, C.; O'Callaghan, E. (2003). Compliance therapy: A randomised controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*, 327.

Ogden, J. (1999). Psicologia da Saúde. 1ª edição, climepsi editores.

Osinaga, V. L. (2004). Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares. Universidade de S. Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Owens, D. G. C.; Carroll, A.; Fattah, S.; Clyde, Z.; Coffey, I.; Johnstone, E. C. (2001). A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.103, p.362-9.

Pallanti, S.; Quercioli, L.; Pazzagli, A.; Rossi, A.; Dell'Osso, L.; Pini, S.; Cassano, B. (1999). Awareness of illness and subjective experience of cognitive complaints in patients with bipolar I and bipolar II disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1094-1096.

Pan, P. C.; Tantum, D. (1989). Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: A comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 564-570.

- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Editora vozes.
- Pekkala, E.; Merinder, L. (2000). Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, v.4.
- Peralta, H. S. (2001). Estudio de la eficacia de la intervencion enfermera en pacientes esquizofrénicos através de um módulo de rehabilitacion. *Institut clinic de psiquiatria i psicologia*.
- Peralta, V.; Cuesta, M. J.(1992). A polydiagnostic approach to self-perceived cognitive disorders in schizophrenia. *Psychopathology*, 25, 232-238.
- Peralta, V.; Cuesta, M. J. (1994). Lack of *insight*: its status within schizophrenic psychopathology. *Biological Psychiatry*, 36, 559-561.
- Pereira, M. G. (1996). Repercussões da doença mental na família – um estudo de familiares de doentes psicóticos. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas.
- Pereira, M. G.; Xavier, M.; Neves, A.; Correa, B.; Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Med Port*, 2006; 19: 1-8.
- Perkins, R. E.; Moodley, P. (1993). Perception of problems in psychiatric inpatients: denial, race and service usage. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 189-193.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. 3ª edição revista e aumentada, edições sílabo*.
- Peters, C. P. (1991). Concepts of schizophrenia after Kraepelin and Bleuler. In: Howells JG, editor. The concept of schizophrenia: historical perspectives. Washington (DC): *American Psychiatric Press*, p. 93-107.
- Phillips, D. (1963). Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review*, 28,
- Pini, S.; Cassano, G. B.; Dell’Osso, L.; Amador, X. F. (2001) *Insight* into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 158, 122-125.
- Platt S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: na evolution of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Pope H.; Lipinski J. (1978). Diagnosis of schizophrenia and manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatry*, 35:811-28.
- Quivy, R. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais. 1ª edição, Gradiva*.
- Ratakonda, S.; Gorman J. M.; Yale S. A.; Amador X. F. (1998). Characterisation of psychotic conditions. Use of the domains of psychopathology model. *Arch. Gen. Psychiatry* 55:75-81.

Rathod, S.; Kingdon, D.; Smith, P.; Turkington, D. (In press) *Insight* into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of *insight* and association with sociodemographics – data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*.

Razali, M.; Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia; a drug intervention programme in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 331-335.

Regier D. A.; Kaelber C. T.; Rae D. S.; Farmer M. E.; Knauper B. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Arch. Gen. Psychiatry* 55:109-15.

Roback, H. B.; Abramowitz, S. I. (1979). *Insight* and hospital adjustment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 233-236.

Rosen, A. M.; Mukherjee, S.; Olarte, S.; Varia, V.; Cardenas, C. (1982). Perception of tardive dyskinesia in outpatients receiving maintenance neuroleptics. *American Journal of Psychiatry*, 139, 372-373.

Rossell, S. L.; Coakes, J.; Shapleske, J.; Woodruff, P. W. R.; David, A. S. (2003). *Insight* : its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 111-119.

Rössler W. (1999). Advances in Psychiatric Rehabilitation. In: Search for the Causes of Schizophrenia Vol. IV Balance of the Century. W. F. Gattaz, H. Hafner (Eds). *Berlin: Springer-Verl.*, 341-353.

Runions, J.; Prudo, R. (1983). Problem behaviours encountered by families living with a schizophrenic member. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 382-386.

Sanz, M.; Constable, G.; Lopez-Ibor, I.; David, A. S. (1998). A comparative study of *insight* scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine*, 28, 437-446.

Schneider, K. (1957). Primary and secondary symptoms of schizophrenia, In: Shepperd SHM, editor. Themes and variations on european psychiatry. Bristol: John Wright & Sons Ltd; 1974. p. 40-4. and understanding of schizophrenia: part I. Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bull* 1974;11:37-49.

Schuttler, J. D. (1990). Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 318-322.

Schwartz, R. C. (1998). The relationship between *insight* , illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psych Quarterly*, 69 (1): 1-22.

Schwartz, R. C.; Cohen, B. N.; Grubaugh, A. (1997). Does *insight* affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry*, 38, 283-288.

Selten, J. P.; Gernaat, H. B. P. E.; Nolen, W. A.; Wiersma, D.; van den Bosch, R. J. (1998). Experience of negative symptoms: Comparison of schizophrenic patients to patients with a depressive disorder and to normal subjects. *American Journal of Psychiatry*, 155, 350-354.

Selten, J. P.; Sijben, N. E. S.; Vandenbosch, R. J.; Omloovisser, J.; Warmerdam, H. (1993). The subjective experience of negative symptoms: A self-rating scale. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 192-197.

Serban, G.; Thomas, A. (1974). Attitudes and behaviors of acute and chronic schizophrenic patients regarding ambulatory treatment. *American Journal of Psychiatry*, 131, 991-995.

Silverstein, M. L.; Zerwic, M. J. (1985). Clinical psychopathologic symptoms in neuropsychologically impaired and intact schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 267-268.

Small, J. G.; Small, I. F.; Hayden, M. P. (1985). Prognosis and changes in attitude. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 140, 215-217.

Smith, C.M.; Barzman, B.S.; Pristach, C.A. (1997). Effect of patient and family *insight* on compliance of schizophrenic patients. *J. Clin. Pharmacol.*, v.37, p.147-54.

Smith, J.; Birchwood, M.; Haddrell, A. (1992). Informing people with schizophrenia about their illness: the effect of residual symptoms. *Journal of Mental Health*, 1, 61-70.

Smith, T. E.; Hull, J. W.; Goodman, M.; Hedayat-Harris, A.; Wilson, D. F.; Israel, L. M.; Munich, R. L. (1999). The relative influence of symptoms, *insight* and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 102-108.

Smith, T. E.; Hull, J. W.; Israel, L. M.; Willson, D. F. (2000). *Insight*, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and shizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 193-200.

Smith, T. E.; Hull, J. W.; Santos, L. (1998). The relationship between symptoms and *insight* in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophrenia Research*, 33, 63-67.

Soskis, D. A.; Bowers, M. B. (1969). The schizophrenic experience: A follow-up study of attitude and posthospital adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 443-449.

Spitzer, R. L. (1998). Diagnosis and need for treatment are not the same. *Arch. Gen. Psychiatry* 55:120.

Stein, L.; Test, M (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. *Archives of General Psychiatric* 37, 392-397.

Startup M. (1996). *Insight* and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychol Med*. 26(6):1277-81.

Strauss, J. S.; Carpenter W. T (1974). The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationship between predictors and outcome variables: a report from International Pilot Study of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 31:37-42.

Strauss, J. S.; Carpenter W. T. ; Bartkó J. J. (1974). An approach to the diagnosis and understanding of schizophrenia – Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophr Bull*, 11:69.

Strauss, J. S.; Carpenter W. T. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry*. 34: 159-163.

Strauss, J. S.; Carpenter W. T. (1978). The prognosis of schizophrenia: rationale for a multidimensional concept. *Schizophr Bull*. 1:61-69.

Strauss, J. S.; Bartko J.; Carpenter W. T. JR. (1981). New directions in diagnosis: the longitudinal processes of schizophrenia. *Am J Psychiatry*; 138: 954-958.

Stuss D. T. (1992). Biological and psychological development of executive functions. *Brain Cogn.* (1):8-23. Review.

Sullwold, L.; Herrlich, J. (1992). Providing schizophrenic patients with a concept of illness: An essential element of therapy. *British Journal of Psychiatry*, 161 (suppl. 18), 129-132.

Surguladze, S. A.; David, A. S. (1998). Cognitive neuropsychiatry and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 39-44.

Swanson, C. L.; Freudenreich, O.; McEvoy, J. P.; Nelson, L.; Kamaraju, L.; Wilson, W. H. (1995). *Insight* in schizophrenia and mania. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 752-755.

Sweeney, J. A.; Von Bulow, B.; Shear, M. K.; Friedman, R.; Plowe, C. (1984). Compliance and outcome of patients accompanied by relatives to evaluations. *Hosp. Community Psychiatry*, v.35, p.1037-8.

Tait, L.; Birchwood, M.; Trower, P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *British Journal of Psychiatry*, 185, 410-415.

Takai, A.; Uematsu, M.; Ueki, H.; Sone, K.; Kaiya, H. (1992). *Insight* and its related factors in chronic-schizophrenic patients: A preliminary study. *European Journal of Psychiatry*, 6, 159-170.

Tan, T. (1993). Assessment of *insight* in Singapore. *British Journal of Psychiatry*, 162, 565-566.

Tarrier, N. (1991). Some aspects of Family Intervention - Adherence to Intervention Programmes, *Brit. J. Psychiatric*, 159, 475-480.

Taylor, S. E.; Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.

Taylor, K. E.; Perkins, R. E. (1991). Identity and coping with mental illness in long-stay rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 73-85.

Thoits, P. A. (1985). Self-labeling processes in mental illness: the role of emotional deviance. *American Journal of Sociology*, 91, 221-249.

Thompson, E. H. (1988). Variation in the self-concept of young adult chronic patients: Chronicity reconsidered. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 771-775.

Torrey, E. (1986). Continuous treatment teams in the care of the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*.

Van Os, J.; Fahy, T. A.; Jones, P.; Harvey, I.; Sham, P.; Lewis, P.; Bebbington, P.; Toone, B.; Williams, M.; Murray, R. (1996). Psychopathological syndromes in the functional psychoses: associations with course and outcome. *Psychological Medicine*, 26, 161-176.

- Van Putten, T.; Crumpton, E.; Yale, C. (1976). Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1443-1446.
- Vaughn, C. E.; Leff J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br J Psychiatry*, 129: 125-137. W. F. Gattaz, H. Hafner (Eds.).
- Vaz, F. J.; Casado M.; Salcedo M. S.; Béjar, A. (1994). Psicopatología y consciencia de enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Barcelona*, 21, 66-74.
- Vaz, F. J.; Béjar, A.; Casado M. (2002). *Insight*, psychopathology and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 311-317.
- Villares, C. C. Representações de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. São Paulo, 1996. 26p. ese (mestrado), UNIFESP-EPM.
- Warner, R. W.; Taylor, D.; Powers, M.; Hyman, J. (1989). Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 398-409.
- Wciórka, J. (1988). A clinical typology of schizophrenic patients' attitudes towards their illness. *Psychopathology*, 21, 259-266.
- Weiler, M. A.; Fleisher, M. H.; McArthur-Campbell, D. (2000). *Insight* and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophrenia Research*, 45, 29-36.
- White, R.; Bebbington, P.; Pearson, J.; Johnson, S.; Ellis, D. (2000). The social context of *insight* in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 500-507.
- Whitman, J. R.; Duffey, R. F. (1991). The relationship between type of therapy received and a patient's perception of his illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 288-292.
- Wilson, W. H.; Ban, T. A.; Guy, W. (1986). Flexible System criteria in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 259-265.
- Wing, J. K.; Monck, E.; Brown, G. W.; Carstairs, GM. (1964). Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London Mental Hospitals in 1959. *British Journal of Psychiatry*, 110, 10-21.
- Wing, J.; Cooper, J. E.; Sartorius, N. (1974). The measurement and classification of psychiatric symptoms. *Cambridge, Cambridge University Press*.
- World Health Organization (1973). *The International Pilot Study of Schizophrenia*, vol1. Geneva: WHO.
- Young, D. A.; Davila, R.; Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10, 117-124.
- Young, D. A.; Zakzanis, K.; Bailey, C.; Davila, R.; Griesse, J.; Sartory, G.; Thom, A. (1998). Further parameters of *insight* and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic mental disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 44-50.